

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE

MÉDICO CIRUJANO

**“Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en
gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional
José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 .Tumbes, enero a
noviembre 2014”**

PIURA – PERÚ

2015

67
UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

**“Complicacionesclínico ginecológicas más frecuentes en
gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional
José Alfredo Mendoza Olavarría II-2Tumbes, enero a
noviembre 2014”**

RONALD IVAN URÍA LEÓN

AUTOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en
gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional**

**José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes, enero a
noviembre 2014”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

Dr. Manuel Girón Silva

Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en
gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional
José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes, enero a
noviembre 2014”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

DR. LUIS SOCOLA VELA

PRESIDENTE

DR. JAVIER LAMADRID RAZURI

SECRETARIO

DR. CARLOS HOLGUIN MAURICCI
VOCAL

DEDICATORIA

*Dedico este trabajo a Dios por haberme
Dado la fuerza y sabiduría para seguir
Adelante en los momentos difíciles.*

*A mi padre, JOSE B. URIA MONZON,
Que a pesar de su abrupta partida me
Guía desde el cielo.*

*A mi madre y mi familia
Por su gran apoyo para
La consecución de mis metas.*

*A todas aquellas personas que
De alguna manera u otra me
Bridaron su apoyo y comprensión para
La realización del presente trabajo.*

INDICE

I.- Resumen	8
II.- Introducción	9
III.- Definición del Problema	11
3.1. Título	11
3.2. Antecedentes	11
3.3. Justificación	18
3.4. Objetivos	19
3.4.1. Objetivos Generales	19
3.4.2. Objetivos Específicos	19
3.5. Enunciado del Problema	19
3.6. Hipótesis	19
IV.- Marco teórico	20
4.1. Marco Conceptual	20
4.2. Definición de Términos	30
V.- Definición de las Poblaciones de estudio	31
5.1. Características Generales	31
5.1.1. Criterio de inclusión	31
5.1.2. Criterio de exclusión	31
5.2. Ubicación temporo – espacial	31
VI.- Material y métodos	32
6.1. Tipo de estudio	32
6.2. Universo	32
6.3. Población	32
6.4. Tamaño y selección de la muestra	32
6.5. Métodos Estadísticos	34
VII.- Descripción y Operacionalización, variables y escalas de medición	34

VIII.- Proceso de Captación de la información	38
8.1. Instrumentos	39
8.2. Procedimientos	39
8.3. Ética de la Investigación	39
IX.- Resultados	41
X.- Discusión	64
XI.- Conclusiones	68
XII.- Recomendaciones	69
XIII.- Bibliografía	70
XIV.- Anexos	81

RESUMEN

OBJETIVO:

Establecer las complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes, enero a noviembre 2014.

MATERIALES Y METODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional en 129 gestantes adolescentes con complicaciones clínico ginecológicas, el presente trabajo se llevó a cabo en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes durante el periodo enero a noviembre 2014.

RESULTADOS:

La mayor prevalencia de las otras patologías con el 3.5%, luego la ITU con 3.3% y el 1.7% fue para la amenaza de parto pre término. Desde los 15 años hasta los 18 años se distribuyeron las gestantes adolescentes. El 1.6% era casada, de ocupación su casa, con estudios secundarios (87.6%), el 28.7% con casa propia. El 57.4% no presentó ITU, el 40% presentan infección urinaria.

CONCLUSIONES:

La mayor prevalencia de cada tipo de complicación fue para la Infección del tracto urinario (3.3%), y la anemia (3%).

Entre los factores de riesgo en este estudio, tenemos la edad de las adolescentes (de 15 a 18 años (97.7%), su estado civil no casadas el 98.4%, la mayoría tiene nivel de estudio secundario (87.6%), solamente el 28.7% tiene vivienda propia.

El 42.6% tuvo infección del tracto urinario, la edad de menarquía estuvo entre los 11 a 14 años (96.9%), el 96.8% inicio sus relaciones sexuales entre los 13 y 17 años, es decir en su minoría de edad.

El 87.6% de las adolescentes gestantes no tienen antecedentes patológicos, igualmente el 83.7% no tiene antecedentes familiares de diabetes mellitus, hipertensión arterial, infección del tracto urinario entre otros. El 44.2% no recuerda la fecha de la última regla.

El 83.7% no usa métodos anticonceptivos, y dentro de las manifestaciones clínicas que presentaron las adolescentes embarazadas, el 42% tuvo dolor abdominal en hipogastrio y el 19.8% tuvo ginecorrágia.

Dentro de las complicaciones clínico ginecológicas, se presentó ITU con 22.9% y el 21% tuvo Anemia.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia, se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

(2)

Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. (70)

Entre las complicaciones más frecuentes en los embarazos de adolescentes, según un estudio de México, se señala la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado, la desproporción céfalo pélvica, la muerte fetal y la formación de fistulas rectovaginales o vesico vaginales. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto la consideran de cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 a 29 años de edad.

Se señala que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo del síndrome hipertensivo del embarazo. Sin embargo, se menciona que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas. La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas y esta diferencia es estadísticamente significativa, con respecto a los grupos controles (71)

Una serie de estudios realizados en Chile en poblaciones de similares características demuestran que, el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. La edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente. En lo que respecta a las patologías del parto, diversos estudios señalan que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto, debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna y de sus partes blandas (72)

El inicio de la reproducción durante la adolescencia provoca limitaciones en el desarrollo integral de las mujeres, así como el empeoramiento de su situación socioeconómica, especialmente en aquellas de hogares pobres. Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas nuevamente y de tener un número mayor de partos. Tienen menos probabilidades de recibir el apoyo del padre biológico de sus bebés, de terminar sus estudios y de trabajar en algún tipo de profesión, así como de establecer una independencia y estabilidad financiera adecuada para sostenerse a sí mismas y a sus hijos, sin necesidad de recursos externos. (71)

En el Perú, ENDES 2000 encontró que 13% de las adolescentes peruanas entre 15 y 19 años ya es madre (11%) o está gestando por primera vez (2%). Actualmente, uno de cada seis nacimientos en el país ocurre en mujeres menores de 19 años. (70)

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA:

2.1. Título:" Complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 .Tumbes, de enero a noviembre 2014."

2.2. Antecedentes

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es definida como la etapa de la vida que, en el caso de las mujeres empieza con la menarquia y finaliza con la capacidad completa y armónica para reproducirse, y está comprendida entre los 10 y 19 años, se divide en, etapa temprana de 10 a 14 años, y tardía de 15 a 19 años. (40)

La frecuencia del embarazo en la adolescencia ha aumentado a nivel mundial y ello es independiente del grupo social que observemos, siendo más marcado en los países subdesarrollados, a lo cual se agrega el sub-registro que impide una mejor determinación estadística de la real incidencia del embarazo en los adolescentes. Por otra parte, el crecimiento vegetativo de la población define el aumento, en cifras absolutas, de la población adolescente dentro del espectro demográfico correspondiente. (27)

La mayoría de comunicaciones sobre nacimientos en adolescentes indican un aumento del riesgo de desarrollar complicaciones del embarazo, especialmente pre-eclampsia, prematuridad y recién nacido de bajo peso al nacer, asociados a un resultado neonatal desfavorable. Hollingsworth y Kreutner observaron que los riesgos obstétricos en las adolescentes de 15 a 19 años se asociaron con factores sociales como la pobreza más que con atributos biológicos relacionados con la edad materna; en contraste las adolescentes de 14 años o menos parecieron tener complicaciones del embarazo relacionados con factores anatómicos y fisiológicos de su edad.(74).

En cada embarazo la mujer se expone a un riesgo de morbilidad y mortalidad, y estos riesgos se incrementan en las sociedades donde las condiciones de salud son deficientes, dado que la fecundidad y la salud son procesos complejos relacionados entre sí. Asimismo, la buena salud de los hijos está estrechamente relacionados con las condiciones procreativas de los padres, lo que incluye variables como edad, nivel de instrucción, grado de nutrición, madurez emocional y condición socioeconómica, entre otros factores. (8)

Es una realidad mundial la mayor frecuencia de infecciones genitales, entre las adolescentes, incluyendo las de transmisión sexual, debido a diferentes factores entre los cuales se incluyen el inicio precoz de las relaciones sexuales y la falta de responsabilidad ante el coito. (11)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en un estudio realizado por la Oficina Regional del Sud-este Asiático anota que las principales causas de mortalidad materna tienen carácter previsible, tales como el aborto inseguro, 13%, eclampsia, 12%, trabajo de parto obstruido, 8%, hemorragia post-parto, 25%, sepsis puerperal, 15%, y otras causas obstétricas, 8%; y que las adolescentes embarazadas constituyen un grupo significativo de gestantes, a las cuales se les debe prestar especial atención; así mismo, que existen evidencias que algunas complicaciones y algunas condiciones ocurren más comúnmente en este grupo. Especialmente en el grupo más joven (14 años o menores), que en los adultos. Estas complicaciones incluyen anemia y prematuridad. Igualmente, hay evidencia de las numerosas barreras para el uso orgánico de instituciones para cuidados de la salud por los adolescentes, esto implica la especial vulnerabilidad que tienen ellos a ser tomados en cuenta por la organización, en su contenido y cuidado de calidad. (11)

La mortalidad materna representa un problema grave de salud pública que afecta al individuo, la familia y la sociedad como un todo; desafortunadamente los programas de salud materna funcionan a menudo con escaso presupuesto, que se combinan frecuentemente con programas de salud infantil, el que generalmente se lleva la mayor parte de los recursos, en Colombia, por ejemplo, de cada 10.00 dólares asignados a programas de salud infantil, sólo 0.50 centavos de dólar se otorgan a programas de salud materna. Por tales razones deben mejorarse los registros de mortalidad materna, incluyendo las muertes extra-hospitalarias y las de causa médica, a fin de contar con información consistente que además permita tomar acciones preventivas sobre la mortalidad materna. (13)

Las ITS está adquiriendo proporciones epidémicas, cada año afecta a 448 millones de personas en el mundo según estimaciones de la OMS, son infecciones que se adquieren de persona a persona a través de relaciones sexuales, en un estudio realizado por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil el objetivo principal fue determinar la relación entre las ITS en adolescentes y no adolescentes embarazadas asistidas en el Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo en el año 2013. (1, 2, 3).

El grupo estudiado fue de 366 pacientes: 69 fueron adolescentes embarazadas de las cuales 75% tenían ITS y 297 fueron pacientes no adolescentes embarazadas de las cuales el 46% tenían ITS, como se puede apreciar existen más pacientes adolescentes embarazadas con ITS, esto se relaciona a que estas pacientes comienzan su actividad sexual a temprana edad sin protección. (5, 6, 7).

La prevalencia de ITS fue de 1.6 veces más en adolescentes embarazadas que en no adolescentes embarazadas y esa es una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). El promedio de número de parejas sexuales fue de 1 pareja sexual en ambos casos seguido de 2 parejas sexuales aumentado este promedio con la edad. (5, 6)

En el estudio realizado por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil se observó un mayor número de pacientes embarazadas con ITS debido a la falta de diagnóstico preconcepcional y seguimiento hasta su erradicación en los casos de infecciones bacterianas y parasitarias para evitar que dichas ITS afecten al bebé y en el caso de virus un tratamiento adecuado para disminuir el riesgo de transmisión madre-hijo. (24)

El estudio realizado por la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil fue comparado con otros estudios donde se constatan la diferencia en la prevalencia del tipo de ITS siendo en otros estudios VHS y Chlamydia las de mayor prevalencia, a diferencia de nuestro estudio que fue la *Trichomonas vaginalis* la infección de mayor prevalencia. (25, 26, 28)

En el Perú, la situación encontrada sobre los embarazos de adolescentes corresponde al de los países en desarrollo, y según el informe del Ministerio de Salud de 1995 la fecundidad adolescente aparece fuertemente asociada con el bajo nivel educativo, residencia rural, antecedentes de fecundidad temprana de sus parientes directos y situación socio-económica precaria. En este informe se describe que el 25% de los jóvenes ya tiene vida sexual activa, y un porcentaje menor (no precisado) ya está gestando. (55)

Asimismo, en el trabajo presentado por Díaz, L. y colaboradores realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, anota que en el año 2000 hubieron el 16.4% de madres adolescentes de la población de gestantes, y encontraron que el 67.22% de las gestantes adolescentes tuvieron alguna complicación durante el embarazo, y presentaron una tasa específica de mortalidad de 26.96% por cada 100,000 nacidos vivos, además de un mayor uso de fórceps durante el parto, especialmente en el grupo de adolescentes menores de 15 años, así como otras complicaciones del parto y puerperio. (21)

Un trabajo realizado en Perú por Jorge Fernandini et al en el Instituto Materno Perinatal, durante 1998, sobre los resultados obstétricos y perinatales de las gestantes adolescentes tempranas atendidas en el IMP, el 1.5% del total de partos fueron de adolescentes menores de 16 años, nulíparas fueron el 98.26%, 52% no tuvieron control prenatal, y de las complicaciones obstétricas la RPM alcanzó el 17.36%, la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo el 10.42%, los pre-términos llegaron al 8.33%. La tasa de cesáreas de 34%, y el riesgo relativo fue mayor a menor edad, si bien no hubieron muertes maternas, si hubieron 5 muertes neonatales precoces que con las muertes fetales alcanza a una tasa de Mortalidad Perinatal I de 27.28 por mil. En este trabajo encontraron que la mayoría de las adolescentes tuvieron un buen resultado obstétrico, el 91.68% con gestaciones mayores de 36 semanas, 66% por vía vaginal, 91.32% recién nacidos con 2,500g o más, 89.58% con peso adecuado a la edad gestacional y 94.45% sin asfixia. (32)

Por lo mencionado se considera que el embarazo de los adolescentes en el país presenta una tendencia progresiva y creciente en los últimos 20 años, originado, entre otras causas, por las características de nuestra sociedad en donde predomina el machismo, los mitos acerca de la sexualidad, la falta de educación sexual transparente, simple, basada en valores y principios constructivos; por estas consideraciones es posible sostener que la referida tendencia se mantendrá por muchos años, sino se enfrenta con una propuesta adecuada y consistente a los posibles factores causales señalados. Según la ENDES- 1996 el 13.4% de las adolescentes ya es madre o está gestando, en el grupo de iletradas el 55.5% tenía este problema, en tanto que solo el 2.4% de las adolescentes con estudios superiores ya era madre o estaba embarazada. (32)

En el trabajo de Jorge Alarcón, et al sobre Complicaciones Perinatales y factores de riesgo obstétrico asociados, realizado en el Instituto Materno Perinatal durante 1998, señalan la necesidad de confiabilidad en los datos de la historia clínica, a partir de la fidelidad de la información obtenida y cuestionan los criterios de riesgo obstétrico utilizados a la fecha. (4)

En el estudio de Jorge Alarcón, et al efectuado con más de 18, 000 historias clínicas, encontraron que el 15% de la población fueron menores de 18 años, y señalan como las principales condiciones de patología encontradas la RPM (19.9%), anemia crónica, hemorragia puerperal, pre-eclampsia, desproporción céfalo-pélvica, infección puerperal, otras infecciones, y RCIU (2.3%) en orden decreciente; además, hubieron 7.9% de partos menores de 37 semanas de gestación. (4)

De otro lado, indica que estaría por resolverse cuál sería el punto de corte, según la edad, para establecer el riesgo, en una población que principalmente es joven, proponiendo la hipótesis que sería algo mayor para las adolescentes que lo que plantea el CLAP. Asimismo, destaca el hecho que las nulíparas representan mayores probabilidades de complicaciones maternas y fetales, y presenta una nueva variable de riesgo compuesta por los antecedentes de nacidos muertos y muertes neonatales. También destaca, entre otras, dos asociaciones importantes, la diabetes y pre-eclampsia, y el embarazo múltiple y la edad muy temprana. Indica que no encontraron mayor relación entre la adolescencia y la necesidad de control prenatal. Entre las conclusiones señala, que se debe mejorar el registro de datos de la historia clínica, con controles y evaluaciones más estrictos, y la necesidad de disminuir la morbi-mortalidad materno perinatal que continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública del país. (4)

De otro lado, los servicios clínicos para los adolescentes existentes en el país, solo atienden a las mujeres que acuden en demanda de atención, y casi es inexistente el servicio para los varones; asimismo, la mayor demanda de las adolescentes se relaciona con gestación en sus diferentes etapas y casi no hay consultas para prevención de embarazo, salvo que ya hayan tenido una gestación previa. (38)

La tercera parte de las gestantes adolescentes que acuden a un establecimiento de salud declaran no tener pareja, y el 10% ha tenido un embarazo previo que terminó en aborto en la mitad de los casos. El 53% corresponden a embarazos de mediano y alto riesgo, y una de cada tres no ha tenido control prenatal. (38)

Una de cada cinco termina su embarazo por cesárea, y el 9% de los productos tiene menos de 2,500gr; el 8% de los recién nacidos presenta hipoxia de moderada a severa; y un pequeño grupo de gestantes adolescentes tuvo VIH positivo. (38)

En el trabajo presentado en el Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología en octubre de 1997 por el Dr. César Guzmán V., se recomendó la creación de servicios para adolescentes que atendieran también a varones, enfatizando la actividad preventiva-promocional; asimismo, se recomendó un mayor contacto con agrupaciones juveniles fuera del ámbito hospitalario, así como investigaciones que identifiquen los grados de promiscuidad sexual en varones y mujeres adolescentes. (38)

2.3. JUSTIFICACIÓN.-

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias económicas sociales y de salud, los embarazos a muy temprana edad forman parte de un patrón cultural de algunos grupos sociales y regiones del país, siendo en grandes ciudades del país generalmente no deseados; lo cual lleva como consecuencia en abandono de la mujer y del hijo configurando así el problema social de madre soltera.(57)

Según ENDES 2012 el 13.2% de adolescentes ya estuvo alguna vez embarazada, el 10.8% eran madres y el 2.4% estaba gestando por primera vez, además el mayor porcentaje de madres adolescentes se presenta en regiones geográficas como la selva, zonas de extrema pobreza o de bajo grado de instrucción.(57)

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido son más frecuentes en gestantes adolescentes debido a su inmadurez física, y sobre todo en gestantes más cercanas a la menarca, menores de 15 años, entre las complicaciones más comunes del embarazo adolescente se pueden citar: anemia, trabajo de parto prolongado, endometritis, bajo peso al nacer, trastornos hipertensivos gestacionales, amenaza de parto pre término e infección urinaria.(57)

Estudios realizados en el ministerio de salud del Perú en el año 2008 demuestran que la tasa de mortalidad en gestantes adolescente fue significativamente mayor que en gestantes adultas (10.2 x 1000 nacidos vivos frente a 6.9 x 1000 nacidos vivos respectivamente). (57)

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo General

Establecer las complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes, enero a noviembre 2014.

2.4.2. Objetivos Específicos

1. Conocer la prevalencia de cada tipo de complicación clínico ginecológico ocurrido en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes, enero a noviembre 2014.
2. Determinar los factores de riesgo para las complicaciones clínico ginecológico en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes, enero a noviembre 2014.

2.5. Enunciado del problema

¿Cuáles son las complicaciones clínico ginecológicas más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes, enero a noviembre 2014?

2.7. HIPOTESIS

H0: No existen complicaciones clínico ginecológicas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes, enero a noviembre 2014

H1: Si existen complicaciones clínico ginecológicas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes, enero a noviembre 2014.

III.- MARCO TEÓRICO:

3.1. MARCO CONCEPTUAL

MORBILIDAD ADOLESCENTE

Morbilidad en el período prenatal

El impacto de la fecundidad adolescente en la morbilidad clínica durante el embarazo es muy variable. La anemia es tal vez la patología más frecuente, dadas las demandas del crecimiento y desarrollo que tienen las adolescentes, especialmente las menores de 15 años. Coinciden los dos períodos de mayor demanda nutricional del ser humano. (69)

La segunda patología de mayor frecuencia es la infección urinaria de la embarazada adolescente, que contribuye al parto prematuro. La tercera patología es el aumento de la presión arterial o pre eclampsia, que contribuye al menor peso del recién nacido por efectos en la función placentaria y malnutrición fetal. No se ha comprobado una mayor frecuencia de malformaciones fetales en adolescentes embarazadas. (69)

En los países con alta prevalencia de parasitosis, incluyendo malaria, tuberculosis e infecciones de transmisión sexual y Sida, éstas son más frecuentes en adolescentes embarazadas. El registro de la morbilidad en el control prenatal es deficiente en casi todos los países de la región y por lo tanto no se tiene una evidencia registrada más objetiva. (69)

La información es de pequeños estudios de seguimiento y de la experiencia clínica referida a adolescentes de 15 a 19, pero con muy escasa y casi nula información en menores de 15 años. (69)

Morbilidad hospitalaria.

La primera causa que se registra es el parto único espontáneo o por cesárea. Las infecciones y sepsis posparto también ocupan una prevalencia importante.

Las complicaciones del aborto alcanzan alrededor del 10 % de las causas de egreso, lo cual en esta edad es una proporción muy importante por el impacto en una niña que recién ha iniciado su vida sexual y fertilidad. (69).

INFECCIONES DURANTE EL EMBARAZO

Cambios inmunitarios durante el embarazo; hay muchas conjeturas acerca de los posibles efectos de la disminución de la vigilancia inmune durante la gestación, tal es el caso de la tolerancia materna hacia los tejidos extraños del “injerto” semi-alogénico fetal, así como los leves cambios en la inmunoglobulina circulante, también en la quimiotaxis y la adherencia de los leucocitos polimorfo-nucleares puede estar deprimida desde mediados del embarazo. La inmunidad mediada por células parecería no estar afectada. (10)

Con relación a los productos de la concepción, las infecciones fetales pueden desarrollarse en estadios precoces y producir estigmas evidentes después del parto. Asimismo, durante el trabajo de parto y parto, los microorganismos pueden infectar al feto, por lo tanto la ruptura prematura de membranas, el trabajo de parto prolongado y las manipulaciones excesivas pueden aumentar el riesgo de infección neonatal. (10)

Etiología de las infecciones

El embarazo es un período en el cual las mujeres no están exentas de padecer infección vaginal, varias investigaciones declaran que la gestación constituye un factor para la aparición de las infecciones vaginales. (10)

Algunas mujeres conviven con estas y en ocasiones pasan inadvertidas, pero durante el embarazo esto constituye un grave problema, ya que representan un factor de riesgo para la producción de complicaciones como rotura prematura de membrana, parto pre término y sus consecuencias, incluso el nacimiento de un producto bajo peso. (10)

Los estudios epidemiológicos realizados al respecto coinciden en declarar que los tres tipos más comunes de infecciones vaginales son la vaginosis bacteriana (40-50%), seguida por candidiasis (20-25%), y trichomoniasis (15-20%). (10)

La vaginosis bacteriana (VB) es la más importante infección vaginal debido a su potencial de causar infección del tracto genital superior. Es una de las dos infecciones genitales más frecuentes en las mujeres con vida sexual activa. La frecuencia de ésta varía según las poblaciones estudiadas, entre 40% a 50% en mujeres en edad reproductiva y en Estados Unidos es la principal infección vaginal. En Venezuela se reportó una prevalencia de 20%- 28% (10)

Para el tratamiento de la vaginosis e infección vaginal ha venido cumpliéndose la nueva política trazada por el Sistema Nacional de Salud, que indica el uso de antibacterianos orales y vaginales. (10)

Infecciones en adolescentes

Según datos de la OMS, cada año ocurren en el mundo aproximadamente 333 millones de casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual (ETS). En Cuba se reporta en los últimos años un incremento en las tasas de sífilis y gonorrea a pesar del subregistro y las dificultades para el diagnóstico y la infección del VIH (SIDA), aunque en comparación con otros países del mundo es baja la cifra, debemos señalar que existe una tendencia al aumento, sobre todo en jóvenes y personas sexualmente activas. (29)

El pobre conocimiento sobre las principales formas de transmisión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), así como una inadecuada percepción de riesgo de enfermar por parte de adolescentes constituyen uno de los factores fundamentales que propician una vulnerabilidad incrementada para contraer y transmitir dichas enfermedades. (29)

En la práctica médica las infecciones vaginales representan un problema de salud frecuente ya que el 95% de las pacientes consultan por flujo vaginal. Las infecciones genitales en la infancia y premenarquia constituyen la causa ginecológica más frecuente en este grupo de edad. En los servicios de atención primaria de salud, estas afecciones en adolescentes, se encuentran entre las 3 primeras causas de consulta, teniendo una incidencia mucho mayor en aquellas jóvenes con vida sexual activa, aunque también se ha encontrado entre adolescentes vírgenes. (29).

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro, y/ o placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años. (29)

Enfermedades de Transmisión Sexual y embarazo adolescente

Las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado, constituyen peligros importantes para la salud humana en el nuevo milenio, y ambos confluyen en la adolescencia. Las infecciones de transmisión sexual causan problemas de salud en todas las edades, incluso en los niños que están por nacer, o en el propio momento del nacimiento, y la adolescencia representa la edad más vulnerable. (9)

Esto nos indica el reto que tienen por delante los trabajadores de la salud, quienes además necesitan el concurso de todos los sectores de la sociedad para que el éxito futuro se traduzca en una disminución de la incidencia de todas las enfermedades, como el SIDA, la sífilis, la gonorrea, etc. (9)

La labor educativa está muy relacionada con el tema, así como también para evitar el embarazo no planificado. Se ha visto que los jóvenes son más vulnerables a las infecciones, porque se exponen con más frecuencia a los factores o conductas de riesgo en este sentido. (9)

La diseminación de la ITS depende del comportamiento y actitudes sexuales, de la disponibilidad de servicios para el diagnóstico e identificación de los contactos, así como también de los cambios en la virulencia y sensibilidad de los organismos causantes. (9)

El embarazo no deseado se relaciona con la no protección adecuada de las parejas sexuales con alguno de los métodos anticonceptivos disponibles en el sistema nacional de salud pública, y que en primer lugar, su orientación es brindada por el Médico y Enfermera de la Familia y el resto de los niveles de atención, así como también por los medios masivos de comunicación, la familia, la comunidad. (9).

COMPLICACIONES EN GESTANTES ADOLESCENTES

Se reconoce una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo y están muchas veces relacionadas con las condiciones poco favorables con las que la menor de 20 años llega a los eventos gestación-parto-puerperio

Dentro de las complicaciones se pueden citar las siguientes:

- a. Del embarazo: anemia, escasa ganancia de peso materna asociada, infección urinaria (incluida la bacteriuria asintomático), infecciones vaginales, estados hipertensivos gestacionales, aborto, amenaza de parto y parto pretérmino, hemorragias asociados con afecciones placentarias, desprendimiento prematuro de membrana normoinsera (DPMNI), rotura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo cronológicamente prolongado y la diabetes gestacional.(69)

b. Del parto: trabajo de parto prolongado, partos operatorios (instrumentados o cesárea), desgarros del canal blando del parto y hemorragias. (69)

c. Del puerperio: endometritis, abscesos de pared, anemia, sepsis de la herida quirúrgica, sepsis de la rafia, mastitis, entre otras.

d. Perinatales: se destacan el bajo peso y la depresión al nacer.

La anemia microcíticaahipocrómica: se distingue como una de las complicaciones más frecuente en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuye al déficit de hierro. En estos casos los riesgos nutricionales se incrementan, y además de la anemia existen otras carencias nutricionales que colocan en peligro tanto el embarazo como su crecimiento y desarrollo. (19,69)

La atención prenatal tardía o deficiente, incrementa el riesgo de presentar anemia por la deficiencia de hierro. Para varios autores esta entidad constituye la complicación más frecuente del embarazo adolescente; para otros ocupa el segundo lugar, pero con mayor incidencia cuando el embarazo se produce a menos de 5 años de la aparición de la menarquia. (19,69)

La escasa ganancia de peso materno: el estado nutricional materno es un importante factor que incide sobre el crecimiento prenatal y el peso en el recién nacido; la gestante adolescente al estar creciendo y no haber completado su madurez fisiológica, sus requerimientos nutricionales son mayores que los de la mujer adulta y estos, a su vez, compiten con las necesidades de obtener nutrientes para el crecimiento del feto; se ha determinado que las aquí se hace necesaria una ganancia de peso superior a la de la embarazada adulta para lograr un neonato con peso adecuado. Se ha demostrado que la ganancia de peso durante el embarazo es un indicador importante para predecir la futura salud del recién nacido; si esta ganancia es escasa, es obvio que el neonato tendrá más vulnerabilidad a cualquier mortalidad que pueda presentarse. (22,69)

En un estudio realizado en Cuba donde se evaluó el estado nutricional de la adolescente embarazada el 59,8% presentaba bajo peso. Se cree que esta situación es peor en los países de menor desarrollo donde no solo hay un alto índice de bajo peso sino también de desnutrición materna asociada. (15)

La infección urinaria: es encontrada frecuentemente en el embarazo adolescente, la gran mayoría de los estudios la ubican entre los primeros lugares dentro de las complicaciones.

La leucorrea y las vulvovaginitis están entre las afecciones en las adolescentes; es una realidad mundial la mayor frecuencia de **infecciones genitales**, incluyendo las de transmisión sexual; siendo este grupo más susceptible por el mayor número de contactos sexuales sin las medidas de protección adecuadas. (15,69)

Los estados hipertensivos gestacionales: es bien conocido que se presentan con mayor frecuencia en los extremos de la vida dependiendo de qué entidad se hace referencia. (69)

Hay estudios que le otorgan el primer lugar, recientemente fue publicado que constituye la principal enfermedad propia de la gestación sobre todo en los embarazos adolescentes ocurridos a menor edad, porque en los embarazos que ocurrieron a mayor edad ocupó el segundo lugar. (69)

La preeclampsia es más frecuente en las embarazadas jóvenes, bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que se reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas; en el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se involucra una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped; además se ha postulado una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, cuyas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas. (14,45, 69)

Este mecanismo común podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que se muestran en mayor frecuencia en las adolescentes: estados hipertensivos gestacionales, prematuridad, retardo de crecimiento intrauterino y el DPMNI, aunque la frecuencia de estas dos últimas entidades no tuvieron diferencia con respecto a la de los grupos controles. (12)

El aborto: según un estudio realizado en La Habana; Cuba , el 32% de las madres refirieron al menos un aborto provocado y este es un antecedente muy desfavorable no solo para los futuros embarazos sino por el riesgo que implica para la vida misma de la adolescente que se lo practica; con respecto al espontáneo su frecuencia fue del 6,3%. Pero la magnitud real de este problema no se conoce. (16)

Amenaza de parto y parto pre término: la adolescencia un factor de riesgo para el parto pre término. A la prematuridad contribuyen una serie de condiciones presentes con mayor frecuencia en las adolescentes que en las gestantes adultas, como son la malnutrición materna, la anemia y las infecciones.

Muchos autores encuentran a estas entidades como una de las problemáticas del embarazo en edades tempranas, algunos lo ubican como la complicación más frecuente, sobre todo si la gestante es menor de 15 años y finalmente otros no hay diferencia con los grupos controles.(23,69)

Embarazo cronológicamente prolongado: para algunos autores hay un leve incremento de partos de más de 42 semanas, y se ve con relativa frecuencia, hecho que aún no está bien aclarado, aunque no se puede descartar la posibilidad de error menstrual como causa de “prolongación” de la gestación de estas pacientes. (69)

Diabetes gestacional: se la encuentra pero en baja frecuencia en las gestantes adolescentes, siendo más frecuente en las embarazadas adultas. Con respecto a las complicaciones del parto: mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a la falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalopélvica y de distocias de posición (si el embarazo se produce en los primeros cinco años posmenarquia esto adquiere mayor significación), constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto por uso de fórceps como de cesáreas. (45,69)

Además tienen un mayor riesgo de culminar con desgarros del cuello, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blando; además de las lesiones anatómicas hay mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en el terreno materno. Las causas más frecuentes para indicar la cesárea fueron: desproporción céfalopélvica, sufrimiento fetal, estados hipertensivos gestacionales, inducción fallida, entre otras. (69).

El trabajo de parto prolongado: se asoció principalmente a distocias de posición, desproporción céfalopélvica y dilatación estacionaria.

Además las gestantes adolescentes constituyen un riesgo para que el nacimiento de los bebés se realice por inducción, ya que se plantea que al existir poco desarrollo del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal es necesario que el parto se desencadene artificialmente si espontáneamente esto no ha ocurrido, máxime cuando el embarazo se produce cerca del comienzo de la menarquia. (14)

Complicaciones del puerperio: cabe mencionar que la anemia ocupó en primer lugar; luego se encuentra a la endometritis que puede relacionarse con el elevado número diagnóstico de infección vaginal, pero también con la mayor frecuencia de desgarros genitales, anemia, y desnutrición, factores todos que crean un terreno propicio para las infecciones en la paciente obstétrica. (69)

Causalidad de la mortalidad materna

En las adolescentes de menos de 15 años, la causa más importante se relaciona con el síndrome metabólico a consecuencias de un trastorno hipertensivo. La segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. (70)

Ambas causales son indicadores de un déficit de la detección precoz de una patología mal tratada, o simplemente no tratada en el período prenatal y cuya complicación origina el deceso de la adolescente al momento del embarazo, o por sus secuelas tiempo después del parto o del término del embarazo. Lo mismo ocurre en las adolescentes de 15 a 19 años. (70)

La tercera causal que explica la muerte materna en adolescentes está constituida por las complicaciones de un embarazo que termina en aborto. Estas tres primeras causas son prevenibles con la detección precoz de la patología o la adecuada prevención del embarazo inesperado. Aquí hay otro tema que es importante en las niñas-madres y es el embarazo producto de una violación o de un abuso sexual crónico y la ausencia o falta de aplicación de las indicaciones de interrupción del embarazo por este motivo, en especial tratándose de una menor de edad. (70)

La cuarta y quinta causa de muerte en las niñas madres son las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato. La cuarta causa se relaciona con la falta de atención prenatal y falta de atención adecuada del parto institucional por profesional, con las respectivas consecuencias. (70)

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Gestante adolescente: según la OMS es aquella gestante ubicada entre los 11 y 19 años de edad

Complicación clínico ginecológica: cuadro clínico que se presenta en una gestante y que puede ser o no propia de la gestación.

Anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.

Trabajo de parto prolongado: detención del Trabajo de Parto luego de la presentación de Contracciones uterinas intensas y vigorosas, sin progresión del feto por causas mecánicas o dinámicas, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas.

Amenaza de parto pre término: presencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 1 cada 10 minutos, de 30 segundos de duración palpatoria, que se mantienen durante un lapso de 60 minutos con borramiento del cérvix uterino del 50% o menos y una dilatación igual o menor a 3 cm, entre las 22 y 36,6 semanas de gestación.

La infección del tracto urinario (ITU) se define como la presencia de síntomas y signos sugerentes asociado a invasión y multiplicación en la vía urinaria de organismos patógenos (especialmente bacterias). Estos microorganismos provienen mayormente de la región perineal (vía ascendente), aunque existen otras vías de infección menos frecuentes como la vía sistémica (hematógica) y la vía directa (cirugías urológicas, traumas abdominales, etc.)

Desprendimiento prematuro de placenta: es el proceso de separación parcial o total de la placenta de su lugar de inserción normal que corresponde al fondo uterino, se produce a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del nacimiento del feto, pudiendo ocurrir incluso durante el trabajo de parto.

Placenta previa: cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero.

Aborto: Se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. La viabilidad fetal es un concepto que involucra aspectos epidemiológicos antropométricos y clínicos. Es así como se considera la edad gestacional de 22 semanas, el peso fetal de 500 gr (OMS), longitud céfalo nalgas de 25 cm.

IV.-DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

4.1.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia de el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes, que hayan presentado alguna complicación durante su gestación.
- Pacientes que presenten datos completos y debidamente documentados en las historias clínicas

4.1.2. Criterio de Exclusión

- Paciente no atendido este Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes.
- Paciente que no tengan los datos completos en las historias clínicas.
- Pacientes gestantes adolescentes cuya gestación no presentó complicación no presentó complicación alguna durante su gestación.

4.2. UBICACIÓN TEMPORO – ESPACIAL.-

Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II–2 Tumbes: gestantes adolescentes que hayan presentado complicaciones clínico ginecológicas durante el periodo de enero a Noviembre 2014.

V. MATERIALES Y METODOS

5.1. TIPO DE ESTUDIO

- Por su alcance temporal: Retrospectivo.
- Por la secuencia del estudio: Transversal.
- Por el análisis de los resultados: Descriptivo
- Por la interferencia del investigador: Observacional

5.2. UNIVERSO:

Todas las gestantes que acudieron al Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes durante el periodo enero a Noviembre 2014.

5.3. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por las mujeres adolescentes, embarazadas que acudieron al Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes, de acuerdo a la unidad de estadística del Hospital Regional de Tumbes durante el periodo de enero a noviembre del 2014 se atendió un total de 541 gestantes adolescentes lo cual constituye la población de estudio.

5.4. TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

5.4.1. Unidad de análisis

La unidad de análisis fue una paciente gestante embarazada, que está registrada en Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2. Tumbes.

5.4.2. Unidad de muestreo

Paciente gestante embarazada y adolescente que cumple con los criterios de selección.

5.4.3. Tamaño de la muestra

La muestra fue tomada de la población total de embarazadas del estudio, se revisarán 110 historias clínicas de un total de 541 casos registrados de embarazo adolescente, que cumplan los criterios de inclusión.

La muestra se obtuvo de la fórmula siguiente:

$$n = \frac{N \times z^2 \times p \times q}{E^2 \times (N-1) + z^2 \times p \times q}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra

N= 541(población en estudio)

z= 1.96 para un nivel de confianza de 95%

$z^2=3.8416$

p=0.10

q=1-p =1-0.10=0.90

E=5%

$$n = \frac{(541) \times (1.96)^2 \times (0.10) \times (0.90)}{(0.05)^2 \times (540) + (1.96)^2 \times (0.10) \times (0.90)}$$

$n_1 = 110$ tamaño de la muestra

5.4.4. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue aleatorio, es decir al azar se eligió la muestra, según los objetivos, los elementos que integraron la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente "típicas" de la población que se desea conocer.

5.5. MÉTODOS ESTADÍSTICOS

6.5.1. Método: Se especifican como fueron tratados los datos, esta tarea se hizo mediante tablas de frecuencia y gráficos con sus correspondientes análisis e interpretaciones.

Tablas de frecuencia porque la información presentada necesitó ser desagregada en categorías o frecuencias.

Gráficos porque son formas visibles de presentar los datos, permiten que en forma simple y rápida se observen las características de los datos o las variables.

Los estadísticos empleados fueron la Distribución de frecuencias y los histogramas de frecuencia.

6.5.2. Técnica: La observación de datos, es la técnica de recolección de datos más usada en investigación, las mediciones de las variables objetivas se logran mediante la observación científica.

VI. DESCRIPCION Y OPERACIONALIZACIÓN, VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICION

6.1. Variables:

6.1.1. Características sociodemográficas:

Edad

Grado de instrucción

Ocupación

Vivienda

Estado civil

6.1.2. Factores de riesgo:

Infección del tracto urinario

Numero de gestaciones

Edad de menarquia

Edad de inicio de relaciones sexuales

Número de controles prenatales

Métodos anticonceptivos

Periodo intergenésico

6.1.3. Signos y síntomas:

Convulsiones

Hiperrreflexia

Hipertensión

Nauseas y/o vómitos

Ginecorragia

Pérdida de líquido

Fiebre

Escotomas y/o tinnitus

Cefalea

Epigastrálgia

Fiebre

Dolor abdominal

Disuria

6.1.4. Diagnóstico

Edad gestacional

Anemia

Trabajo de parto prolongado

Trastornos hipertensivos del embarazo

Desprendimiento prematuro de placenta

Amenaza de parto pre termino

Infección urinaria

Placenta previa

Rotura prematura de membranas

Otras patologías

6.2. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	tipo de variable
Características socio demográficas	Rasgos que identifican al individuo	Rasgos que identifican a la paciente	Edad	13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años	cuantitativa
			Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	cualitativa nominales
			Estado civil	Casada Conviviente Soltera Divorciada Viuda	cualitativa nominales
			ocupación	Ama de casa Trabajadora independiente Obrera Profesional Estudiante	cualitativa nominales
			Vivienda	Propia Alquilada De parientes	cualitativa nominales
Factores de riesgo	Conjunto de elementos que predisponen a una enfermedad	Conjunto de elementos que predisponen a la enfermedad	Infección Urinaria	si no	cualitativa
			Edad: de menarquia	11 años 12 años 13 años 14 años 15 años	Cuantitativa discreta
			Número de gestaciones	Primigesta Segundigesta Tercigesta Multigesta	cualitativa nominales
			Nº de controles prenatales	No tiene controles prenatales De 1 a 5 controles prenatales De 6 a más controles prenatales	Cuantitativa discreta

			Métodos anticonceptivos	No usa métodos anticonceptivos Anticonceptivos orales Ampolla trimestral o mensual preservativo	cualitativa nominales
			Periodo intergenésico	No tiene periodo intergenésico 1 año 2 años 3 años 4 años 5 años	Cuantitativa continua
			Edad de inicio de relaciones	11 años 12 años 13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años	Cuantitativa discreta
Signos	Son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.	Características vitales de la paciente gestante adolescente	signos	Convulsiones Hiperrreflexia Hipertensión Nauseas y/o vómitos Ginecorragia Pérdida de líquido Fiebre	Cualitativos Nominales
Síntomas	Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad	Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad	síntomas	Escotomas y/o tinnitus Cefalea Epigastralgia Fiebre Dolor abdominal Disuria	Cualitativos Nominales
Diagnóstico	Valoración de la paciente	Forma de Valoración de la gestante adolescente	Edad gestacional	< 0 = a 22 semanas De 23 a 28 semanas De 29 a 32 semanas De 33 a 36 semanas De 37 a 41 semanas mayor	Cuantitativa continua
			aborto	amenaza inevitable incompleto retenido completo frustrado recurrente	Cualitativos Nominales

			complicaciones	Anemia Trabajo de parto prolongado Trastornos hipertensivos del embarazo Desprendimiento o prematuro de placenta Amenaza de parto pre término Infección urinaria Placenta previa Rotura prematura de membranas Otras patologías	Cualitativos Nominales
			Cribado de E.T.S.	Si No	Cualitativos Nominales

VII. PROCESO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

7.1. Instrumentos

- ✓ Historias clínicas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 - Tumbes durante el período enero a Noviembre 2014.
- ✓ Base de datos de la unidad de estadística del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 - Tumbes.
- ✓ Ficha de recolección de datos (Ver Anexo 1).
- ✓ Computadora y Software para el procesamiento de los datos.
- ✓ Ficha de resultados.
- ✓ Esquema de presentación de resultados (tablas, gráficas e indicadores).

7.2. Procedimiento

Se solicitó el correspondiente permiso al Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes, para realizar el presente trabajo de investigación. La población de pacientes se obtuvo a partir de la base de datos de la unidad de estadística del Hospital, Departamento Gineco - Obstetricia.

De este grupo de pacientes se revisaron las historias clínicas y se seleccionó a los que cumplían los criterios de inclusión y que no presentaron los criterios de exclusión.

En la etapa de recolección de la información se extrajeron de las diferentes historias clínicas los datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos, dicha recolección se realizó en el ARCHIVO DE HISTORIAS del Hospital José Alfredo Mendoza Olavarría II-2 Tumbes.

En la etapa de procesamiento de datos la información que se recolectó en las Fichas fue analizada en la hoja de datos del programa Microsoft Excel 2010. El informe final y las conclusiones fueron realizados utilizando el programa Microsoft Word 2010. Para la tabulación de los datos se empleó el programa SPSS versión 21.

7.3. ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

Aspectos éticos

En el proceso de investigación en que participan seres humanos como suele ocurrir en los estudios en ciencias de la salud, debe garantizarse la protección de los derechos de las personas. En el presente trabajo se garantiza el respeto a los derechos de las pacientes, para lo cual se tuvieron en cuenta los principios éticos:

- **Principio de Beneficencia.** Expresado en la utilidad y beneficios de los resultados del estudio para establecer la prevalencia de las complicaciones clínicos ginecológicos en las gestantes adolescentes en el período de enero a noviembre 2014, Tumbes.

- **Principio de Autonomía.** Se respeta la autonomía y dignidad de las personas y su capacidad para decidir sobre sus actos según considere respetando sus decisiones en circunstancias sociales, culturales, económicas, étnicas, ecológicas, etc. Este principio se aplicará en este estudio en el hecho pues se guardará la identidad de cada participante y solo se hará uso de la historia Clínica sin nombre.
- **Principio de Justicia.** Se dará un trato de igualdad a todas las participantes durante el desarrollo de la investigación y de privacidad considerando el anonimato de los datos obtenidos.
- **Principio de no maleficencia.** En la presente investigación se aplicó este principio ya que no se sometió a los participantes a ningún factor externo ni procedimiento que pueda causarles riesgo ni daño.

VIII. RESULTADOS

Primer objetivo específico: Conocer la prevalencia de cada tipo de complicación clínico ginecológico ocurrido en gestantes adolescentes.

La prevalencia puntual se estima con la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia puntual} = \text{Ct/Nt}$$

Ct= número de casos existentes(prevalentes) en un momento o edad determinados.

Nt= número total de individuos en la población en ese momento o edad determinados.

Tabla N° 1

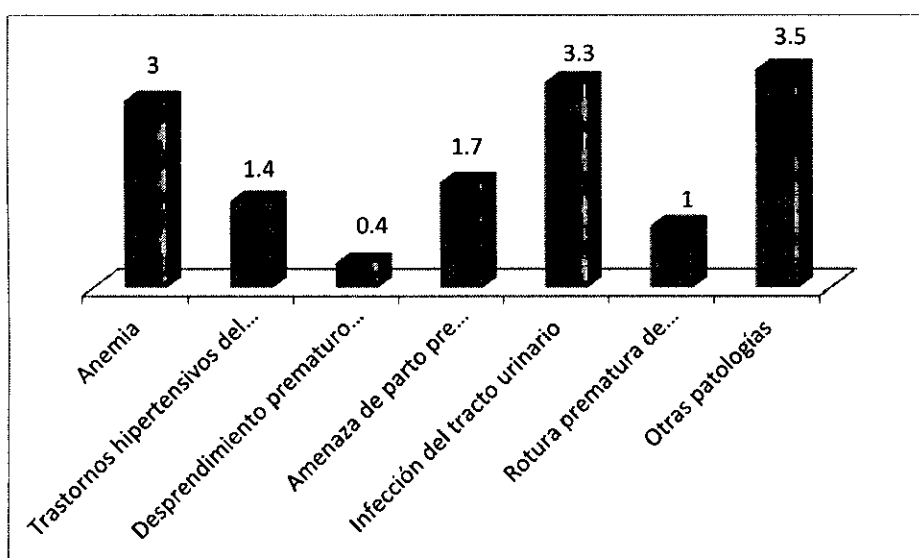
PREVALENCIA DE CADA TIPO DE COMPLICACIÓN

Complicación	Frecuencia	Prevalencia
Anemia	54	3
Trastornos hipertensivos del embarazo	25	1.4
Desprendimiento prematuro de placenta	8	0.4
Amenaza de parto pre termino	30	1.7
Infección del tracto urinario	59	3.3
Rotura prematura de membranas	18	1
Otras patologías	63	3.5
Total	1800	

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

GRÁFICO N°1

PREVALENCIA DE CADA TIPO DE COMPLICACIÓN



La mayor prevalencia de las otras patologías con el 3.5%, luego la ITU con 3.3% y el 3% fue para la anemia.

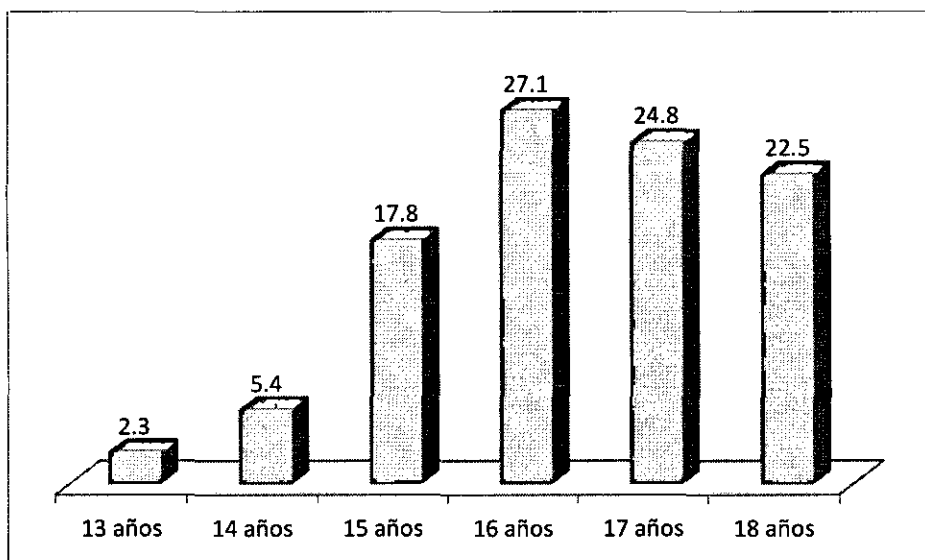
Segundo objetivo específico: Determinar los factores de riesgo para las complicaciones clínico ginecológico

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES SEGÚN LA EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13 años	3	2,3
14 años	7	5,4
15 años	23	17,8
16 años	35	27,1
17 años	32	24,8
18 años	29	22,5
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N°2
Distribución de los pacientes según la edad



En la figura N° 2 se observa una tendencia creciente de gestantes adolescentes conforme se incrementa la edad de las mismas, alcanzando un mayor porcentaje a la edad de 16, 17 y 18 años respectivamente.

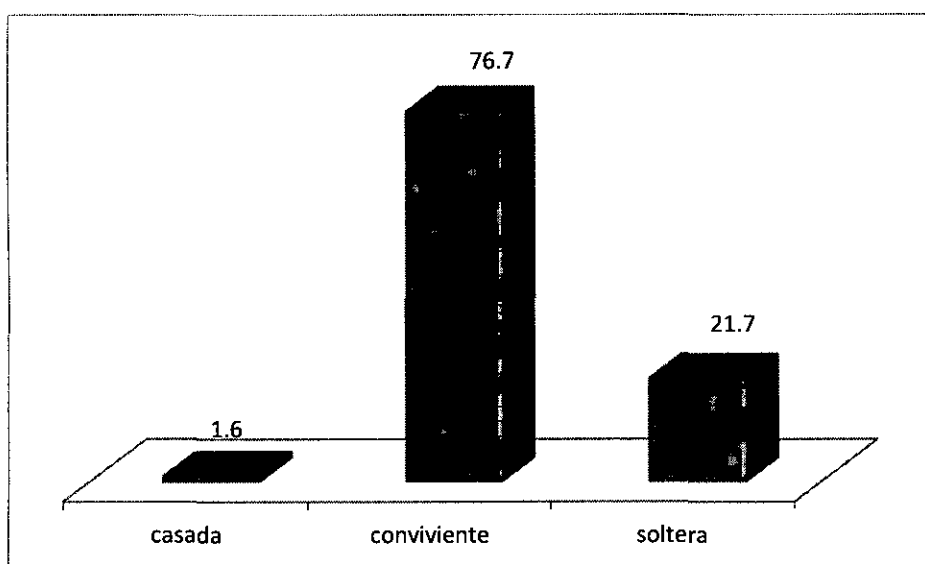
Tabla N° 3

Distribución de los pacientes según estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
casada	2	1,6
conviviente	99	76,7
soltera	28	21,7
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 3
Distribución de las pacientes según su estado civil



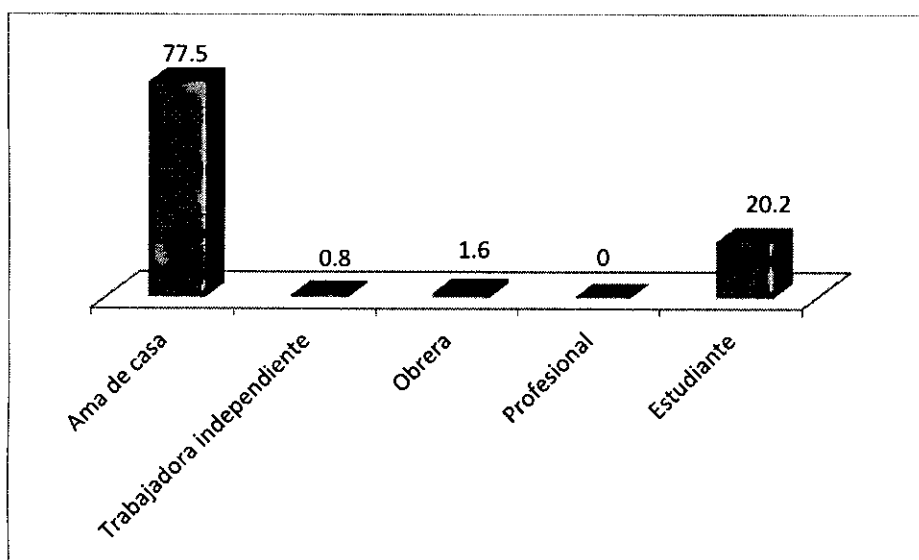
En la figura N° 3 se observa que más del 95% de las gestantes adolescentes convive con su pareja actual o no tiene pareja, solo un mínimo porcentaje presentan un compromiso formal.

Tabla N° 4
Distribución de los pacientes según su ocupación

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	100	77,5
Trabajadora independiente	1	0,8
Obrera	2	1,6
Profesional	0	0
Estudiante	26	20,2
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 4
Distribución de las pacientes según su ocupación



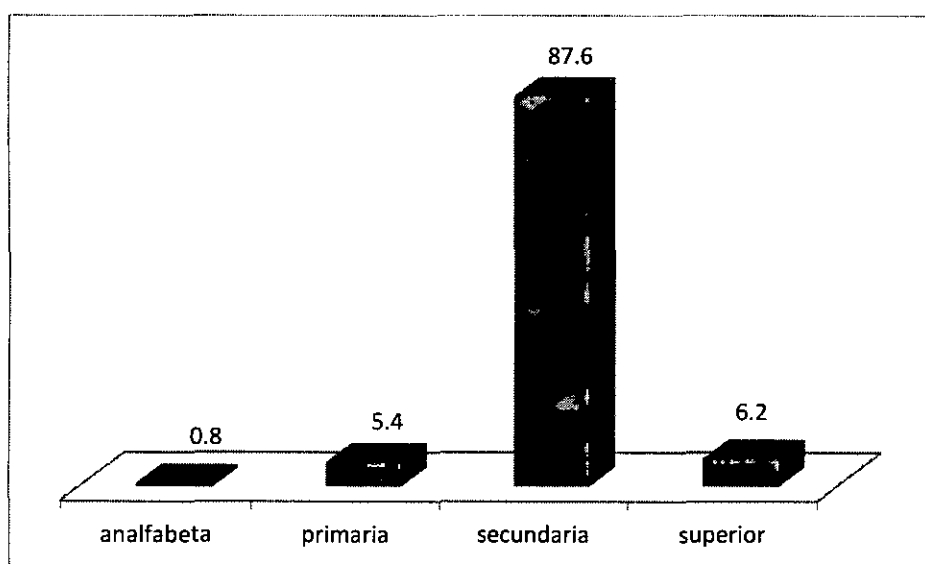
En la figura N° 4 se observa que alrededor del 80 % de las gestantes adolescentes no están siguiendo algún tipo de preparación académica siendo su ocupación principal las actividades del hogar, solo un 20 % estaba cursando estudios ya sean secundarios o de nivel superior.

Tabla N° 5
Distribución de las pacientes según su grado de instrucción

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	0,8
Primaria	7	5,4
Secundaria	113	87,6
Superior	8	6,2
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 5
Distribución de las pacientes según su grado de instrucción



En la figura N° 5 se observa que más del 85% de las gestantes adolescentes presentan grado de instrucción secundario, lo cual guarda relación con la edad que presentan estas pacientes.

Tabla N° 6

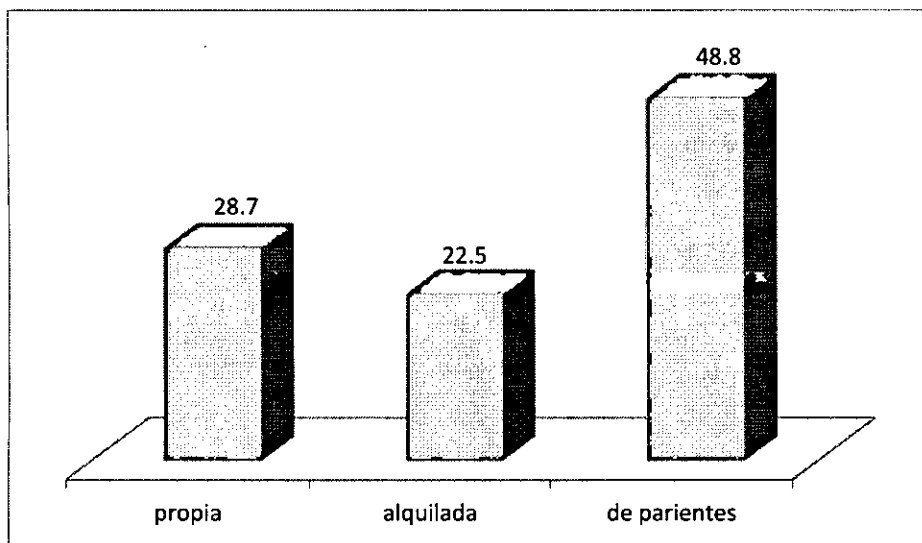
Distribución de las pacientes según tenencia de la vivienda

vivienda	Frecuencia	Porcentaje
propia	37	28,7
alquilada	29	22,5
de parientes	63	48,8
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 6

Distribución de las pacientes según su vivienda



En la figura N° 6 se observa que 2/3 partes de las gestantes adolescentes viven en casa de algún pariente o alquilada lo cual guarda relación con el estado civil que la gran mayoría de las pacientes presenta (conviviente).

Tabla N° 7

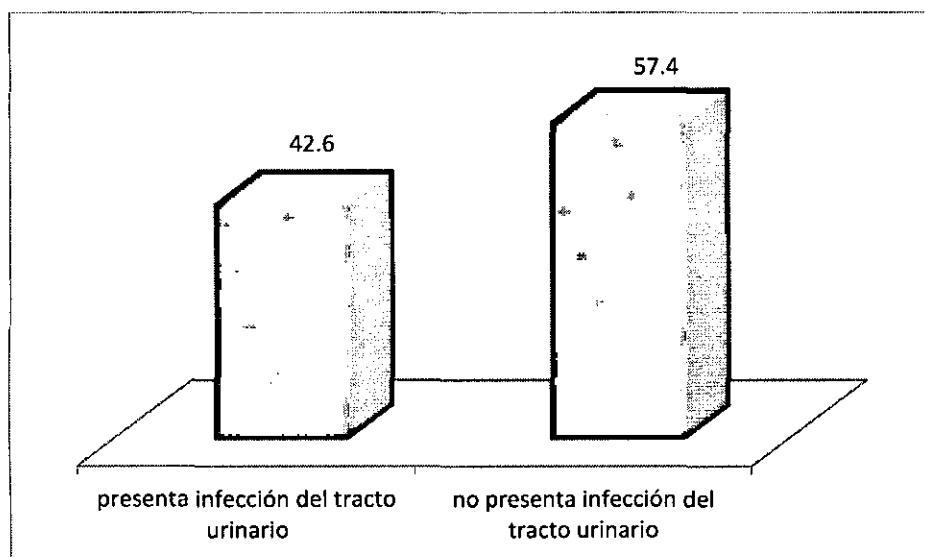
Distribución de las pacientes según la presencia de infección del tracto urinario

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presenta infección del tracto urinario	55	42,6
No presenta infección del tracto urinario	74	57,4
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 7

Distribución de las pacientes según la presencia de infección del tracto urinario



En la figura N°7 se observa que más del 40 % de las gestantes adolescentes presenta infección urinaria siendo esta la infección más frecuente en esta población y que además guarda relación con otro tipo de complicaciones.

Tabla N° 8

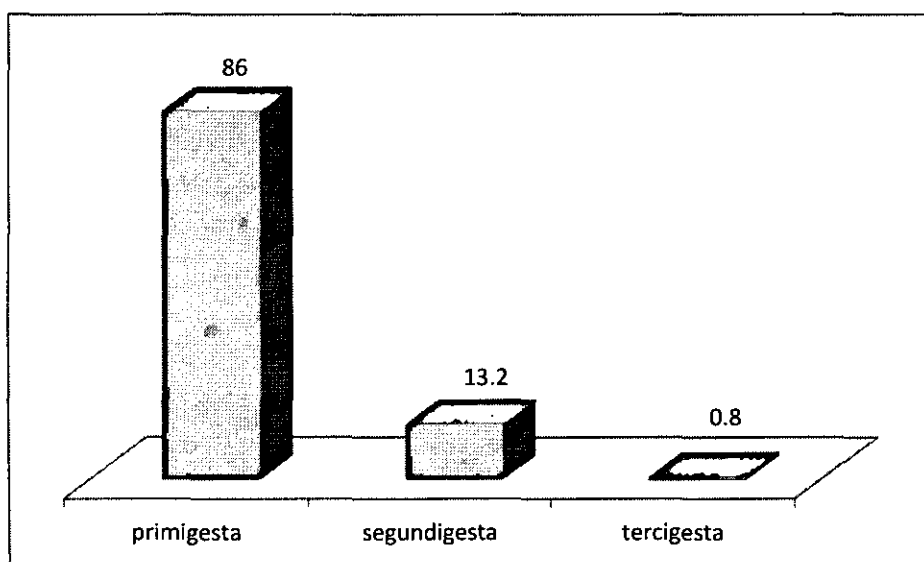
Distribución de las pacientes según el número de gestaciones

N° DE GESTACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	111	86,0
Segundigesta	17	13,2
Tercigesta	1	0,8
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 8

Distribución de las pacientes según el número de gestación.



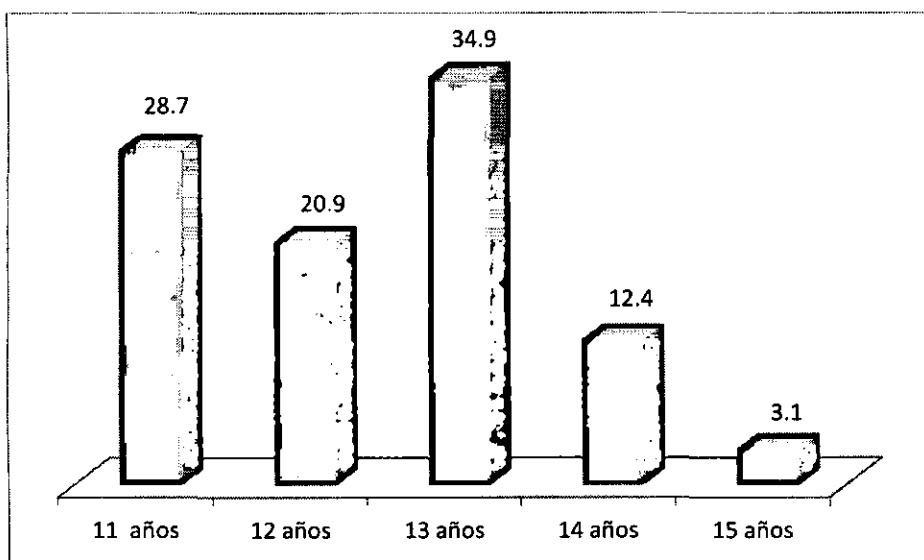
En la figura N° 8 se observa que la gran mayoría (86%) de las gestantes adolescentes se encontraban en su primera gestación, alrededor de un 13% se encontraban en su segunda gestación , y solo una paciente presentaba su tercera gesta, no se registraron casos de pacientes multigestas (de 4 a más gestaciones)

Tabla N° 9
Distribución de las pacientes según su edad de menarquia

Edad de menarquia	Frecuencia	Porcentaje
11 años	37	28,7
12 años	27	20,9
13 años	45	34,9
14 años	16	12,4
15 años	4	3,1
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 9
Distribución de las pacientes según la edad de menarquia



En la figura N° 9 se observa a más del 80 % de las gestantes adolescentes presentaron su menarquia entre los 11 y 13 años, lo cual concuerda con los estudios hechos en Perú que sitúan la edad de la menarquia entre los 12 y 14 años de edad

Tabla N° 10

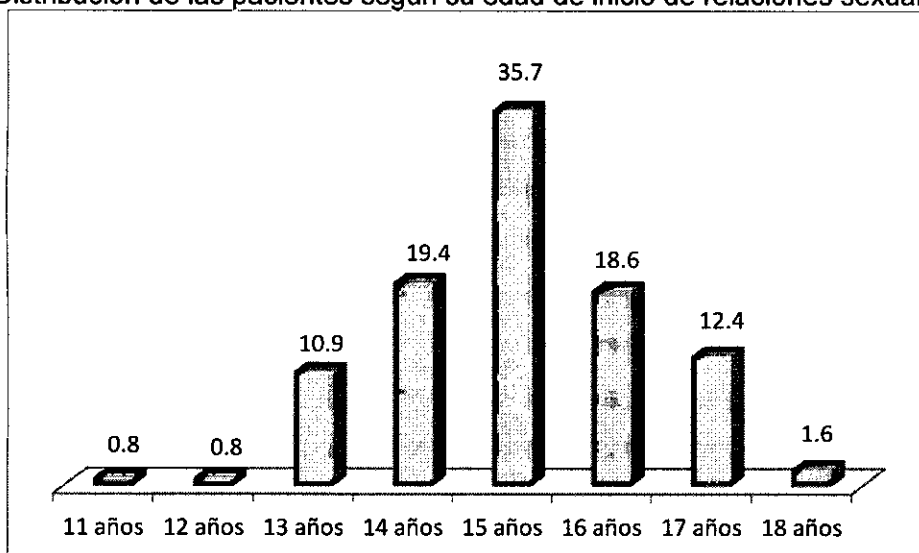
Distribución de las pacientes según su edad de inicio de relaciones sexuales

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
11 años	1	0,8
12 años	1	0,8
13 años	14	10,9
14 años	25	19,4
15 años	46	35,7
16 años	24	18,6
17 años	16	12,4
18 años	2	1,6
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 10

Distribución de las pacientes según su edad de inicio de relaciones sexuales



En la figura N° 10 se observa que las gestantes adolescentes del presente estudio iniciaron su actividad sexual entre los 13 y 17 años, lo cual concuerda con estudios realizados en la ciudad de Lima en el año 2009 donde se concluyó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales en los adolescentes varía entre los 13 y 17 años de edad, con un promedio de 14,79 en el sexo femenino.

Tabla N° 11

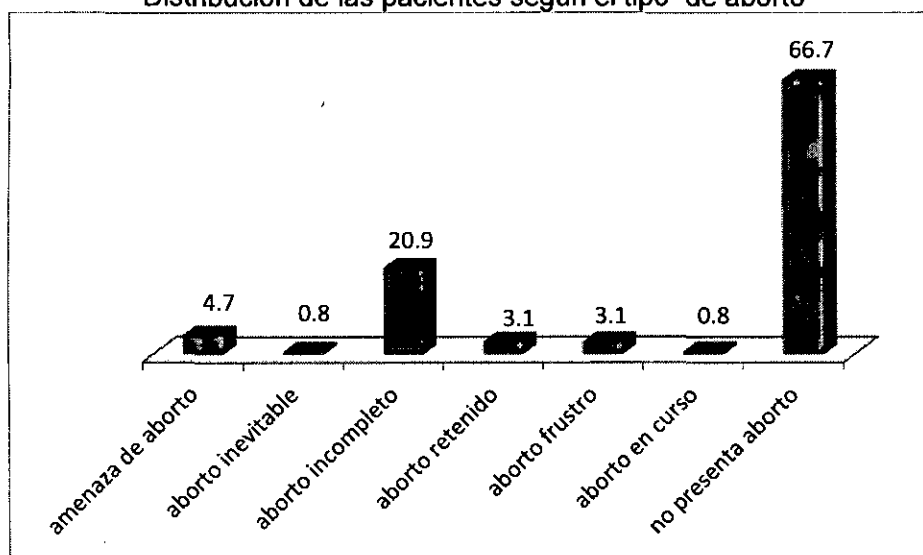
Distribución de las pacientes según el tipo de aborto

TIPO DE ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amenaza de aborto	6	4,7
Aborto inevitable	1	0,8
Aborto incompleto	27	20,9
Aborto retenido	4	3,1
Aborto frustrado	4	3,1
Aborto en curso	1	0,8
No presenta aborto	86	66,7
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 11

Distribución de las pacientes según el tipo de aborto



En la figura N°11 se observa que alrededor de una tercera parte de las gestantes adolescentes (33,3%) presentaron algún tipo de aborto durante su gestación, siendo el aborto incompleto el que con mayor frecuencia se presentó (20,9%), según la OMS 1/3 de las pacientes hospitalizadas con diagnóstico de aborto tienen menos de 20 años.

Tabla N° 12

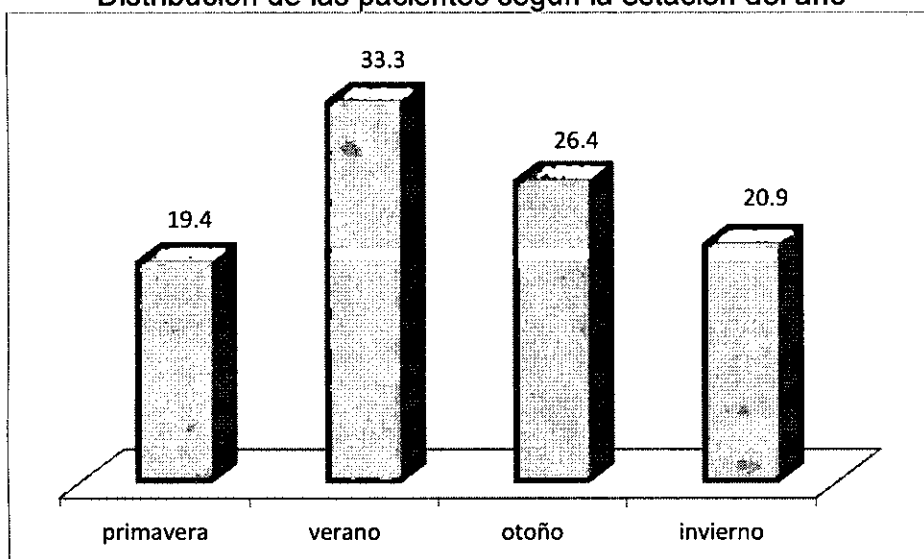
Distribución de las pacientes según la estación del año

ESTACIÓN DEL AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primavera	25	19,4
Verano	43	33,3
Otoño	34	26,4
Invierno	27	20,9
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 12

Distribución de las pacientes según la estación del año



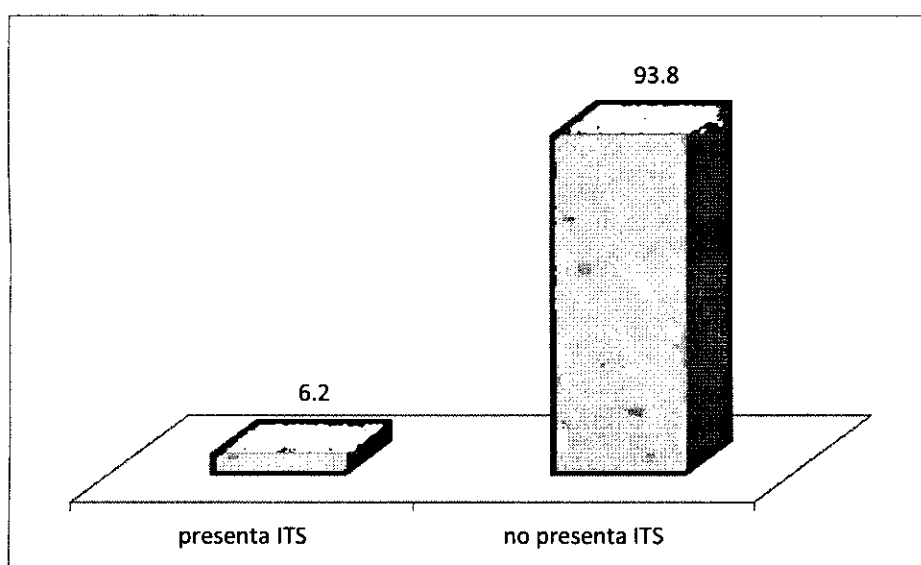
En la figura N° 12 se observa la frecuencia de las gestaciones durante las estaciones del año con un ligero aumento durante el verano.

Tabla N° 13
Distribución de las pacientes según la presencia de ITS

Infecciones de transmisión sexual	Frecuencia	Porcentaje
Presenta ITS	8	6,2
No presenta ITS	121	93,8
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 13
Distribución de las pacientes según la presencia de ITS



En la figura N° 13 se observa que solos un 6,2% de las gestantes adolescentes del presente estudio presentaron infecciones de transmisión sexual (un caso registrado de gestante con infección de VIH, dos casos de gestantes con condilomatosis y 5 casos de gestantes con enfermedad pélvica inflamatoria).

Tabla N° 14

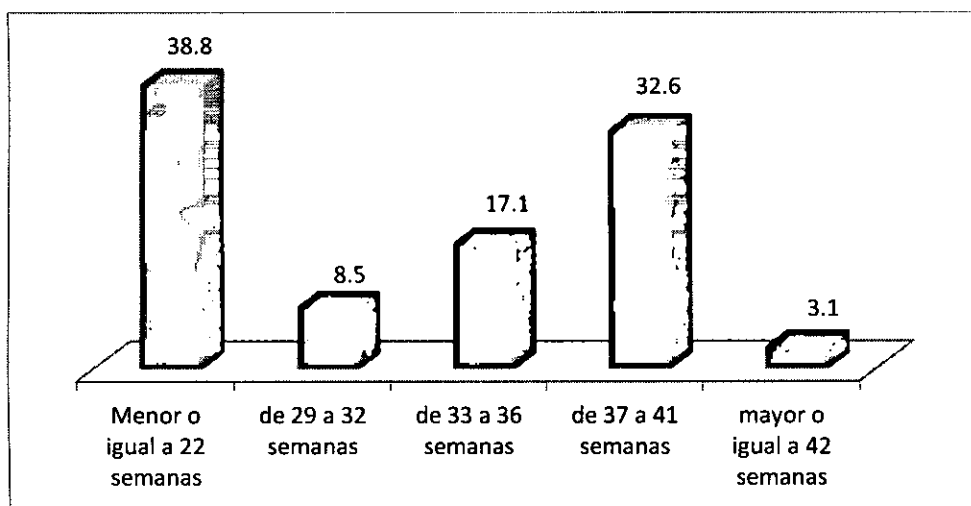
Distribución de las pacientes según su edad gestacional

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menor o igual a 22 semanas	50	38,8
De 29 a 32 semanas	11	8,5
De 33 a 36 semanas	22	17,1
De 37 a 41 semanas	42	32,6
Mayor o igual a 42 semanas	4	3,1
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 14

Distribución de las pacientes según su edad gestacional



En la figura N° 14 observa que la mayoría de gestantes presentó una edad gestacional menor a 22 semanas lo cual guarda relación con el alto porcentaje de aborto que se presentó en esta población, el segundo grupo de gestantes fueron las que se encontraban a término (32,6%).

Tabla N° 15

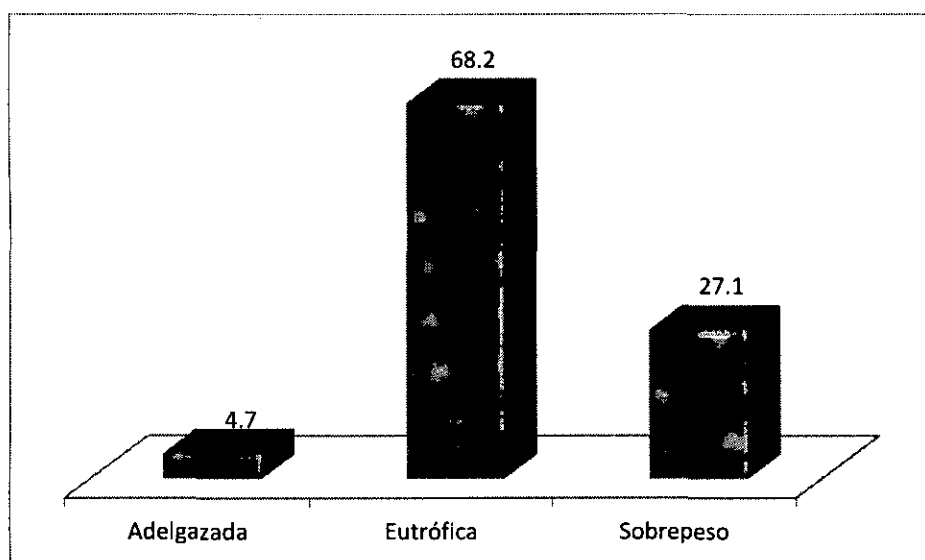
Distribución de las pacientes según su estado nutricional

ESTADO NUTRICIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adelgazada	6	4,7
Eutrófica	88	68,2
Sobrepeso	35	27,1
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 15

Distribución de las pacientes según su estado nutricional



En la figura N° 15 se observa que cerca del 70 % de las gestantes a adolescentes presentaron un estado nutricional normal o eutrófico, para evaluar el estado nutricional de las gestantes se hizo uso del IMC (índice de masa corporal), además se tuvo en cuenta el aumento de peso normal en una gestación (de 9 a 11 kg)

Tabla N° 16

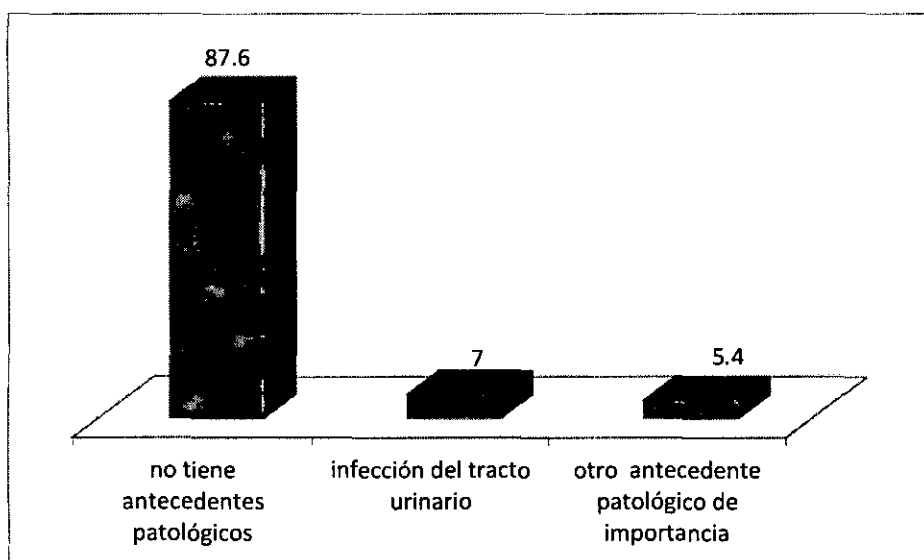
Distribución de las pacientes según sus antecedentes patológicos

Antecedentes patológicos	Frecuencia	Porcentaje
No tiene antecedentes patológicos	113	87,6
Infección del tracto urinario	9	7,0
Otro antecedente patológico de importancia	7	5,4
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 16

Distribución de las pacientes según sus antecedentes patológicos



En la figura N° 16 se observa que solo un 12,4 % de las gestantes presentó algún antecedente patológico de importancia, siendo la infección urinaria el que con mayor frecuencia se encontró (7%), seguido de otras patologías como paludismo, dengue, síndrome convulsivo, vaginitis bacteriana (5.4%).

Tabla N° 17

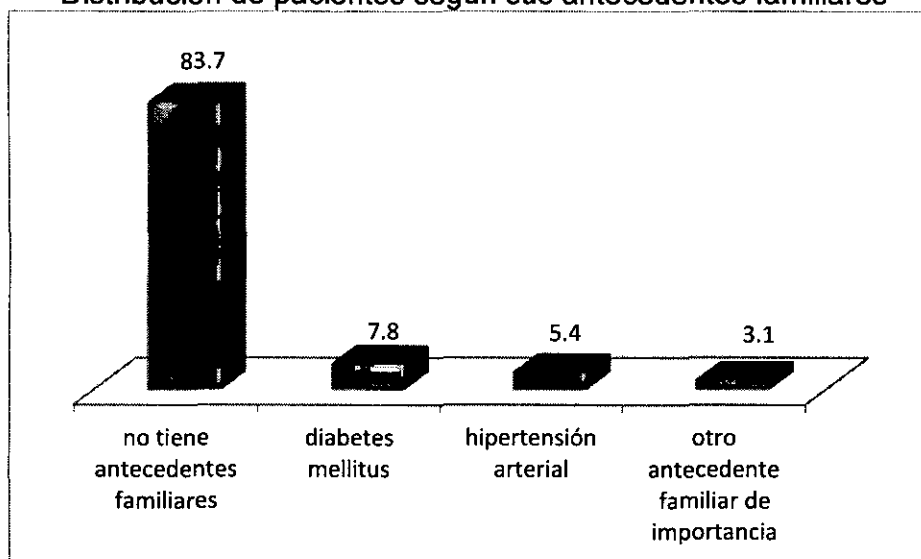
Distribución de las pacientes según los antecedentes familiares

ANTECEDENTES FAMILIARES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tiene antecedentes familiares	108	83,7
Diabetes mellitus	10	7,8
Hipertensión arterial	7	5,4
Otro antecedente familiar de importancia	4	3,1
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 17

Distribución de pacientes según sus antecedentes familiares



En la figura N°17 se observa que solo un 16,3 % de las gestantes presentó algún antecedente familiar siendo la diabetes mellitus el más importante de ellos con un 7.8%, seguido de la hipertensión arterial con un 5.4%, además un 3,1% presentó otros antecedentes familiares como embarazos gemelares y trastornos hipertensivos del embarazo.

Tabla N° 18

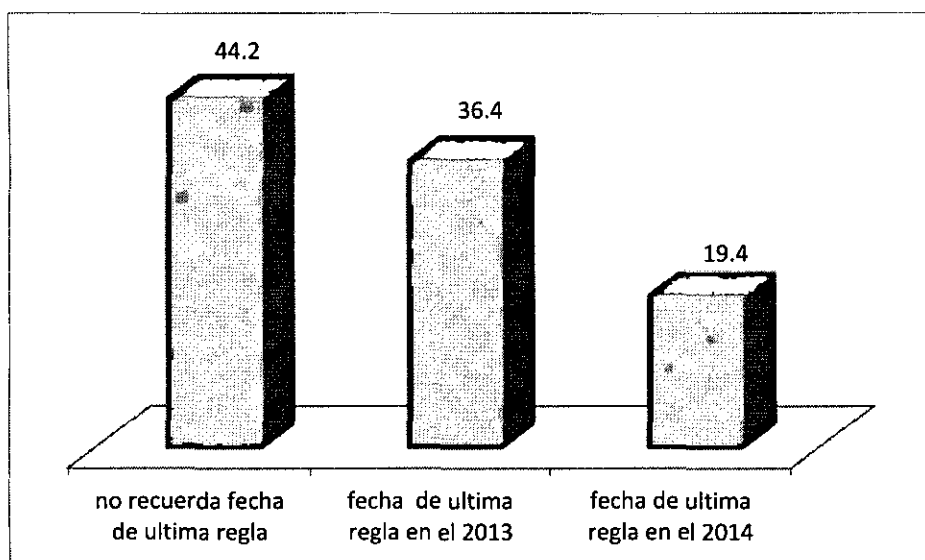
Distribución de las pacientes según su flecha de última regla

FECHA DE ÚLTIMA REGLA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No recuerda fecha de ultima regla	57	44,2
Fecha de ultima regla en el 2013	47	36,4
Fecha de ultima regla en el 2014	25	19,4
TOTAL	129	100

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N°18

Distribución de las pacientes según el año que presentaron su última regla



En la figura N° 18 se observa que más del 40% de las gestantes no recordaba su fecha de última regla, y en algunos casos tampoco se tenía conocimiento del estado grávido de la paciente.

Tabla N°19

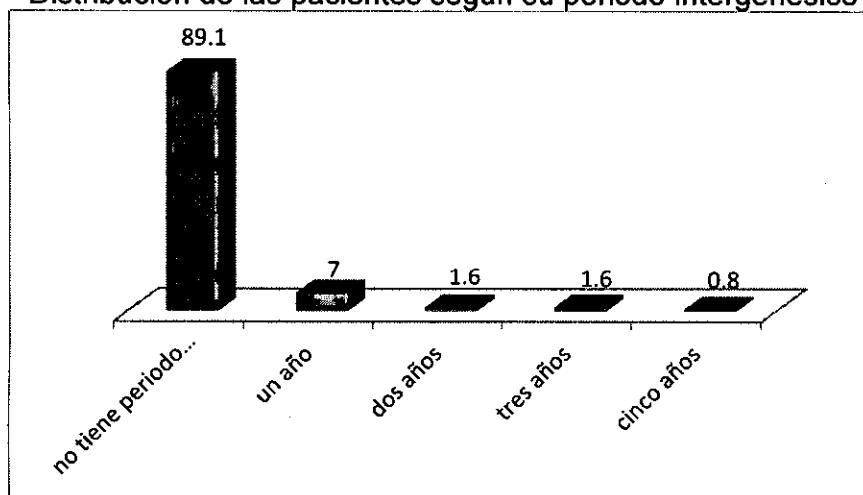
Distribución de las pacientes según su periodo intergenésico

PERIODO INTERGENÉSICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tiene periodo intergenésico	115	89,1
Un año	9	7,0
Dos años	2	1,6
Tres años	2	1,6
Cinco años	1	0,8
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 19

Distribución de las pacientes según su periodo intergenésico



En la figura N° 19 se observa que más del 89% de las gestantes no tenían periodo intergenésico lo cual concuerda con lo encontrado en la figura N° 7 en la cual el 86 % de las gestantes eran primigestas.

Tabla N° 20

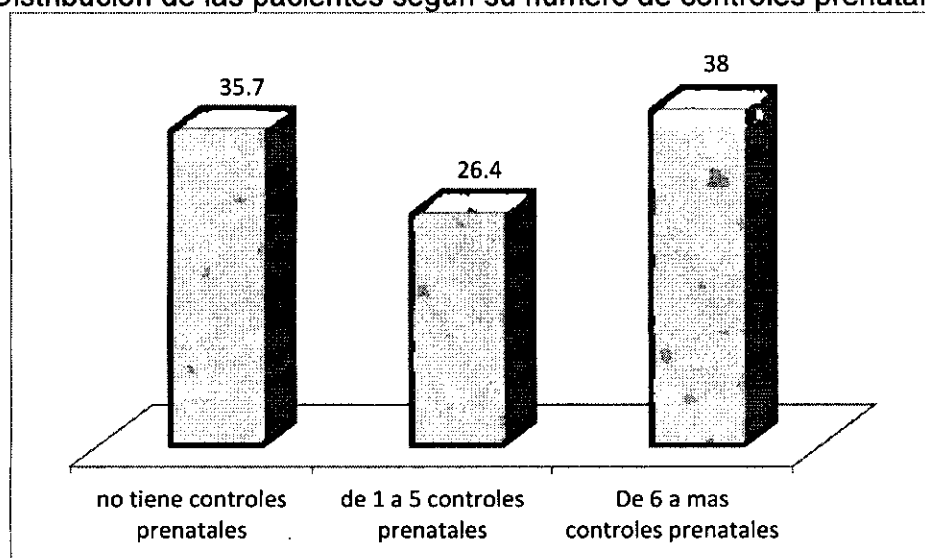
Distribución de las pacientes según su número de controles prenatales

N° DE CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No tiene controles prenatales	46	35,7
De 1 a 5 controles prenatales	34	26,4
De 6 a mas controles prenatales	49	38,0
TOTAL	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 20

Distribución de las pacientes según su número de controles prenatales



En la figura N°20 se observa que solo un 38% de las gestantes presenta un embarazo debidamente controlado (según el MINSA una gestante debe tener como mínimo seis controles prenatales), además un 26% se encontró parcialmente controlada y más del 35% de las gestantes no presentaba control prenatal alguno.

Tabla N° 21

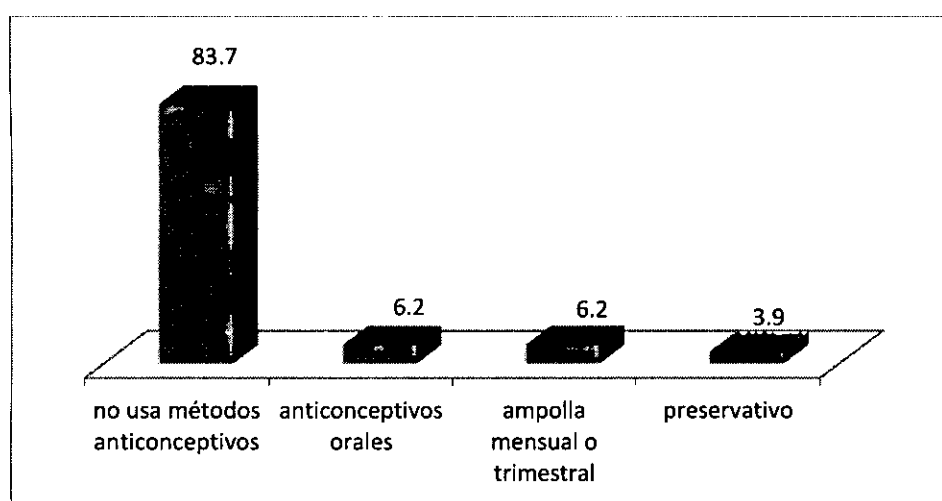
Distribución de los pacientes según el método anticonceptivo

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No usa métodos anticonceptivos	108	83,7
Anticonceptivos orales	8	6,2
Ampolla mensual o trimestral	8	6,2
Preservativo	5	3,9
Total	129	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 21

Distribución de las pacientes según el método anticonceptivo



En la figura N° 21 se observa que solo un 16,3% tuvieron acceso a algún método anticonceptivo entre los que figuran anticonceptivos orales, ampolla trimestral o mensual y preservativos.

Tabla N° 22

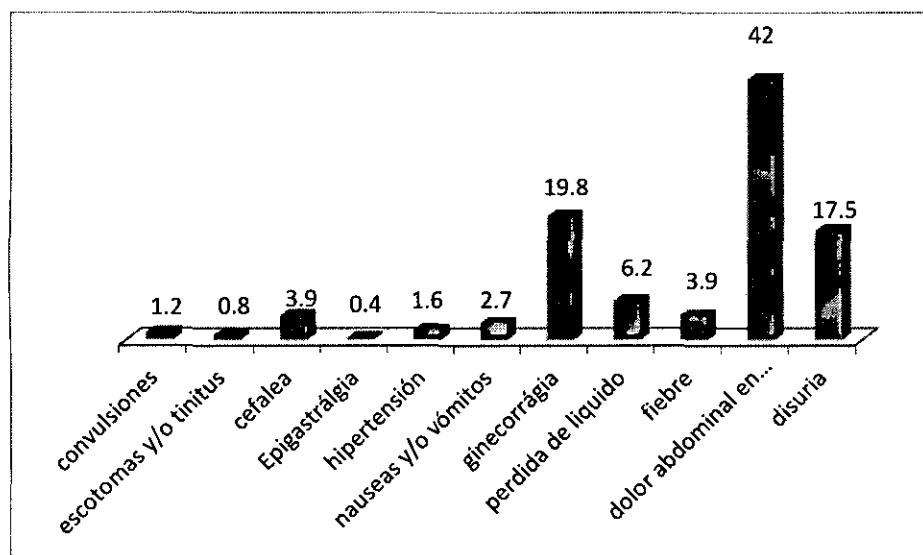
Distribución de las pacientes según las manifestaciones clínicas

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Convulsiones	3	1,2
Escotomas y/o tinitus	2	0,8
Cefalea	10	3,9
Epigastrálgia	1	0,4
Hipertensión	4	1,6
Nauseas y/o vómitos	7	2,7
Ginecorrágia	51	19,8
Perdida de liquido	16	6,2
Fiebre	10	3,9
Dolor abdominal en hipogastrio	108	42,0
disuria	45	17,5
Total	257	100

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 22

Distribución de las pacientes según sus manifestaciones clínicas



Las manifestaciones clínicas más frecuentes en las gestantes adolescentes fueron el dolor abdominal en hipogastrio y la ginecorrágia con un 61,8%, la disuria representó el 17,5%; además la cefalea, la fiebre, la pérdida de líquido y los vómitos y/o nauseas representaron el 16,7% de las manifestaciones clínicas.

Tabla N° 23

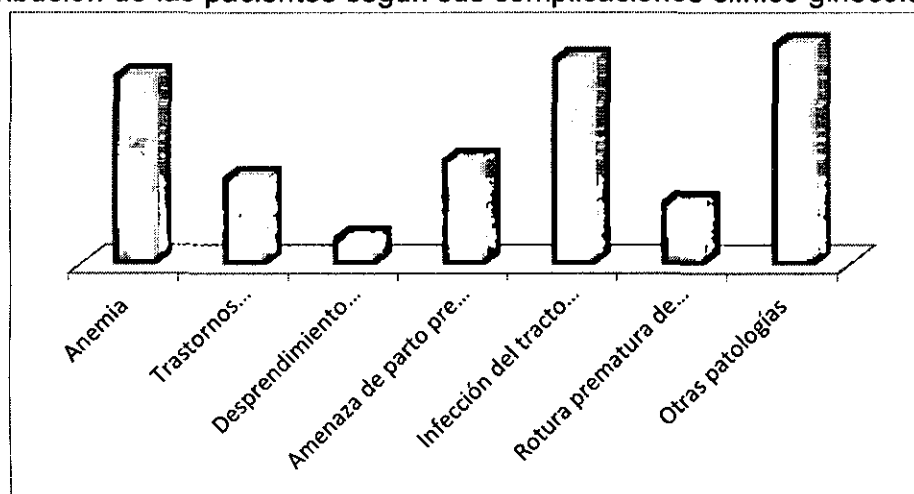
Distribución de las pacientes según sus complicaciones clínico ginecológicas

COMPLICACIONES CLÍNICO GINECOLÓGICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Anemia	54	21
Trastornos hipertensivos del embarazo	25	9.7
Desprendimiento prematuro de placenta	8	3.1
Amenaza de parto pre término	30	11.7
Infección del tracto urinario	59	22.9
Rotura prematura de membranas	18	7
Otras patologías	63	24.5
Total	257	100

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas

Figura N° 23

Distribución de las pacientes según sus complicaciones clínico ginecológicas



La infección del tracto urinario representó la complicación más frecuente en la gestantes adolescente con un 22.9%, seguido de la anemia con un 21,3%, además la amenaza de parto pre término, con 11.7%, los trastornos hipertensivos del embarazo (9.7%), y la rotura prematura de membranas (7%), representaron el 16,7% de las complicaciones clínico ginecológicas en las gestantes adolescentes finalmente otras patologías entre las cuales tenemos el aborto (ver figura N° 10), el embarazo ectópico, las Infecciones de transmisión sexual (ver figura N° 13) y la atonía uterina representaron el 24,5% de las complicaciones clínico ginecológicas.

IX. DISCUSIÓN

El embarazo adolescente es un problema de Salud Pública que genera cambios bio-sico-sociales en la joven, modificando su proyecto, entorno y estilo de vida, debiendo además considerar las diferentes complicaciones que pueden presentarse en el transcurso de éste, tales como: aborto, parto pretérmino, patologías hipertensivas, rotura prematura de membranas, infección urinaria, patologías placentarias, recién nacido de bajo peso, entre otras (18).

En este trabajo se evidencia que casi la totalidad de las adolescentes intermedias (15 a 18 años) presentó patologías asociadas, lo que guarda relación con un estudio realizado por Ahued y col. (19) en el año 2000, el cual señala que la edad es un factor predisponente a un embarazo de alto riesgo, siendo el riesgo mayor a menor edad (16 a 17 años). Por otra parte entre las patologías médicas asociadas al embarazo que se encontraron con mayor prevalencia se encuentran infección del tracto urinario, anemia, hipertensión y amenaza de parto pre término.

Cabe destacar que más de la mitad de las pacientes con parto pretérmino eran adolescentes tardías (17-19 años), teniendo en cuenta que aún en esta fase una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde a este momento de su vida, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; por tanto deben ser consideradas como adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes (20).

Según esta investigación, entre las principales patologías asociadas se encuentran la anemia, rotura prematura de membranas e infecciones bien sea del tracto urinario o ginecológico, patologías hipertensivas y patologías placentarias, similar a lo encontrado por Arechavaleta y col. (21), contrastando con el estudio realizado por Bojanini y Gómez (12), en Medellín Colombia, en 2001, donde se concluyó que las patologías asociadas más frecuentes fueron: eclampsia, partos pretérmino, rotura prematura de membranas, bajo peso al nacer, prematuridad, complicaciones posparto e infección de la herida quirúrgica.

Choque (22) en Perú, en el año 2003, realizó un estudio retrospectivo sobre la evolución materna y resultados obstétricos de adolescentes embarazadas, con una muestra de 517 pacientes entre 13 y 19 años de edad, encontrándose 12,38 % de infecciones del tracto urinario, 8,9 % de anemia, y 3,29 % de hipertensión gestacional en las embarazadas adolescentes.

En Cuba, Matamala (23) en 2005, señaló que la morbilidad alcanzada por las gestantes adolescentes fue del 29 %, pues los recién nacidos presentaron afecciones tales como trastornos metabólicos, seguido de ictericia, enfermedades respiratorias, sepsis y enfermedades hematológicas, entre otras; lo que coincide con lo encontrado en este estudio, pues las complicaciones perinatales más frecuentes fueron dengue, síndrome convulsivo, vaginitis bacteriana.

Los hallazgos permiten concluir que el aborto incompleto, es una complicación presente en las embarazadas adolescentes intermedias y tardías con bajo nivel socioeconómico, viven en casas que no son de su propiedad, lo que puede deberse a que en las poblaciones rurales y urbanas marginales la unión a un cónyuge y la maternidad se convierten en los objetivos de la joven mujer, pues otras alternativas son realmente difíciles siendo probable que ésta represente una mejor condición individual (1.6% son casadas) y para los padres un compromiso menos, la mayoría son ama de casa (25).

Según Harvers y Hoffman¹⁶, las gestantes adolescentes son primigestas con mayor frecuencia que las adolescentes gestantes tardías y también ocurre que la adolescente presenta la edad de menarquia entre los 11 a 14 años y con menos frecuencia a los 15 años que resulta ser cuando queda embarazada, puesto que inician sus relaciones sexuales entre los 13 y los 17 años.

Esta notable diferencia encontrada en nuestra población en relación con la referida por otros autores es posiblemente la resultante de un mejor seguimiento por parte de las matronas y el resto de los profesionales médicos encargados del asesoramiento del embarazo en la mujer gestante en esta zona.

Otro factor que contribuye a esta menor incidencia de complicaciones durante la gestación es el nivel nutricional de las adolescentes, pues la mayor parte de la población tiene un nivel nutricional normal en relación con otras regiones de la Comunidad tumbesina y pertenece al grupo que no tiene antecedentes patológicos (87.6%). Además, en esta zona existe un alto porcentaje de adolescentes gestantes que no tiene antecedentes familiares y generalmente la adolescente estudia (secundaria el 87.6%).

La mayoría de los estudios existentes y revisados sobre los problemas de salud en las mujeres adolescentes embarazadas están realizados con población norteamericana, en la que posiblemente el uso de anticonceptivos entre las adolescentes se utilizan con más frecuencia que en la población tumbesina^{16, 18}.

Las principales manifestaciones clínicas son: Dolor abdominal en hipogastrio, hasta un 42% de nuestras adolescentes afirmó haber tenido Ginecorrágia aunque ocasionalmente (19.8%), siendo este porcentaje equiparable al hallado en algunos artículos^{16, 17}. Así, coincidimos con Cornelius et al¹⁷ en afirmar que el Dolor abdominal en hipogastrio entre las mujeres adolescentes embarazadas en los EE.UU. es superior al 45%.

El hecho de que en nuestra población de mujeres adolescentes sea más prevalente el consumo de alcohol que el de tabaco y que, a pesar de que el consumo de tabaco es muy inferior al de otras poblaciones, el consumo de alcohol es equiparable, puede tener varias explicaciones: en España el límite inferior de edad para el consumo de alcohol es muy inferior al de otros países europeos o americanos y no suele haber ningún tipo de control para la entrada de menores en estos locales.

Su precio también es muy inferior al que hay que pagar en otros países y, por supuesto, es mucho más fácil conseguir bebidas alcohólicas en cualquier supermercado.

Pocas mujeres incluidas en nuestro estudio eran hipertensas, diabéticas u obesas. Menos de la décima parte de las mujeres adolescentes tenían alguna alergia conocida, siendo la mayoría de ellas alergias a fármacos. En ningún artículo de los revisados se tiene en cuenta la obesidad, la diabetes o las alergias como factores incluidos para el estudio^{6, 17, 18, 20-25}.

El hecho de que no se incluyan estas patologías en los estudios realizados sobre el embarazo en la mujer adolescente es posiblemente porque tienen una prevalencia tan pequeña en este grupo de edad que prácticamente es despreciable y necesitaríamos realizar otro tipo de estudios o utilizar muestras de población muy amplias.

Así, Santelli et al²³ afirman que la adolescencia es un factor de riesgo para desarrollar una enfermedad de transmisión sexual. En nuestro estudio el 93.8% no presentó ITS.

X. CONCLUSIONES

1. La mayor prevalencia de cada tipo de complicación fue para la Infección del tracto urinario (3.3%), y la anemia (3%)
2. Entre los factores de riesgo en este estudio, tenemos la edad de las adolescentes (de 15 a 18 años (97.7%), su estado civil no casadas el 98.4%, la mayoría tiene nivel de estudio secundario (87.6%), solamente el 28.7% tiene vivienda propia.
3. El 42.6% tuvo infección del tracto urinario, la edad de menarquía estuvo entre los 11 a 14 años (96.9%), el 96.8% inicio sus relaciones sexuales entre los 13 y 17 años, es decir en su minoría de edad.
4. El 87.6% de las adolescentes gestantes no tienen antecedentes patológicos, igualmente el 83.7% no tiene antecedentes familiares. El 44.2% no recuerda la fecha de la última regla.
5. El 83.7% no usa métodos anticonceptivos, y dentro de las manifestaciones clínicas que presentaron las adolescentes embarazadas, el 42% tuvo dolor abdominal en hipogastrio y el 19.8% tuvo ginecorrágia.
6. Dentro de las complicaciones clínico ginecológicas, se presentó ITU con 22.9% y el 21% tuvo anemia.

XI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda promover programas de educación sexual a nivel escolar, con el fin de que los jóvenes conozcan su sexualidad y aprendan a manejarla responsablemente antes de la adolescencia;
2. Fomentar el conocimiento acerca del uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes con o sin vida sexual activa;
3. Promover consultas de atención ginecológica y de planificación familiar exclusiva para adolescentes;
4. Educar a las jóvenes para que realicen un adecuado control prenatal;
5. Identificar las pacientes con factores predisponentes para infección del tracto urinario, así como otras patologías de alto riesgo y referirlas a la consulta de alto riesgo obstétrico;
6. Capacitar adecuadamente al personal de salud para reconocer las complicaciones perinatales en los recién nacidos;
7. Promover las acciones en salud reproductiva del adolescente con enfoque de riesgo obstétrico, en función del binomio madre-hijo.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual. Agosto de 2011. Nota descriptiva N°110.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo. Guía para la práctica básica, 2005. ISBN 92 4 359265 3.
3. Sappenfield E, Jamieson DJ, Kourtis AP. Pregnancy and susceptibility to infectious diseases. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2013; 2013:752852. doi: 10.1155/2013/752852. Epub 2013 Jul 7. PubMed PMID: 23935259.
4. Alarcón Jorge; et al, 1999, "Complicaciones Perinatales y Factores de Riesgo Obstétricos Asociados", *Revista Institucional del Instituto Materno Perinatal*, N°6.
5. Liga Española de la Educación y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia. Madrid, 2013.
6. Baraitser P, Collander Brown K, Horne N. Community attitudes to the sexual behaviour of young people in an urban area with high rates of sexual ill-health. *J FamPlannReprodHealthCare* 2004; 30(4): 225-8
7. Rada C, Albu A, Petrariu FD. Age at initiation of sexual life, protection at first intercourse and sources of information regarding sexual and reproductive health. *Rev Med ChirSoc Med Nat Iasi*. 2013 Oct-Dec; 117(4):994-1001. PubMed PMID: 24502081
8. Anticoncepción y reproducción, 1990, NationalResearch Council.

9. Eligio Cándido Brito Méndez, Julia María Guerra Rosales y Raudel Rodríguez Báez; Rev Cubana Med Gen Integr v.19 n.1 Ciudad de La Habana ene.-feb. 2003; Conducta de riesgo en infecciones de transmisión sexual y embarazo.

10. Amauri de Jesús; Miranda Guerra; Lázaro Luís Hernández Vergel; Celia Romero Rodríguez; Rev Cubana Med Gen Integr v.26 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2010; INFECCIÓN VAGINAL EN GESTANTES Y SU INCIDENCIA EN INDICADORES SELECCIONADOS DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL

11. Botero, G, Jorge Humberto et al; 2001, RevColombObstetGinecol, 52(1); Perfil inmunológico y resultado gestacional de pacientes con aborto recurrente de primer trimestre comparado con abortos de diferentes trimestres; Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

12. Peláez Mendoza J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana ObstetGinecol 1997; 23(1):13-17.

13. Berg Cynthia; Isabella Danel; German Mora; 1996, "Guías para la Vigilancia Epidemiológica Materna", Washington D.C., OPS.

14. Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquia en los resultados perinatales en la adolescencia. Rev Cubana ObstetGinecol 2005; 31(1):URL disponible: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm

15. ValdesDecal S, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones.

- Rev Cubana ObstetGinecol2002 ; 28(2): URL disponible en:http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm
- 16..Fernández LS, Carro Puig E, Oses Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. Rev Cubana ObstetGinecol2004 ;30(2): URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm
- 17.Duarte A V B, et al, 2000, apr, A J H, 13 (4): part 2, The relationship of leptin vs BMJ is lost in adolescents girls who developed preeclampsia; Rio de Janeiro, Brazil.
- 18.Fernando JB. Infecciones de Trasmisión Sexual en adolescentes. En: XII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Abril. 27 al 30.Ciudad de La Habana, Cuba, 2004.
19. Sáez V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana ObstetGinecol 2005; 31(2):URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_2_05/gin03205.htm
- 20.El Guindi W, et al, 2004, oct, J Gynecol. Obstet. Biol. Reprod(Paris), 33 (I pt 1): 506- 9, Severe maternal anemia and pregnancy outcome; Centre Hospitalier Frank JolyGuyane,France.
- 21.Díaz, L. y colaboradores, 2000, Embarazo en adolescentes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- 22.Peláez Mendoza J, Sarmiento Barceló JA, De la Osa Cornesa R, Zambrano Cárdenas A. Status de crecimiento en embarazadas adolescentes: su relación con indicadores antropométricos. Rev Cubana

ObstetGinecol1996; 22(2).URL disponible
 en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol22_2_96/gin05296.htm

23. Bolzan A, Norry M. Perfil epidemiológico de la embarazada adolescente en el Municipio de la Costa, Prov. de Bs. As, Argentina. *RevSoc Argent GinecollInfanto Juvenil* 2001; 8(1):18-24.

24. Sánchez-Gómez A, Grijalva MJ, Silva-Aycaguer LC, Tamayo S, Yumiseva CA, Costales JA et al. HIV and syphilis infection in pregnant women in Ecuador: prevalence and characteristics of antenatal care. *Sex Transm Infect.* 2014 Feb; 90(1):70-5. doi: 10.1136/sextrans-2013-051191. Epub 2013 Nov 26. PubMed PMID: 24282329.

25. Fontenot HB, George ER. Sexually transmitted infections in pregnancy. *NursWomens Health.* 2014 Feb-Mar; 18(1):67-72. doi: 10.1111/1751-486X.12095. Pub Med PMID: 24548498.

26. Kahn JA, Huang B, Austin SB, Aweh GN, Colditz GA, Frazier AL. Development of a scale to measure adolescents' beliefs and attitudes about postponing sexual initiation. *J AdolescHealth* 2004; 35(5): 425.e1-10.

27. Embarazo en la adolescente, 1966, libro de texto de FLASOG, volumen I, Caracas, Editorial Ateproca, 679-690.

28. Conde-Ferráez L, Chan May AD, Carrillo-Martínez JR, Ayora-Talavera G, González-Losa MD. Human papillomavirus infection and spontaneous abortion: a case-control study performed in Mexico. *Eur J ObstetGynecolReprod.*

29. Salud Cuba. Salud en las Américas, 2007; volumen II países. p. 267-84.
Disponible en:
<http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Cuba%20Spanish.pdf>

30. Dra. Liliam Susana Fernández, 1 Dr. Eugenio Carro Puig, 2 Dra. Dalia Osés Ferrera 3 y Dra. Julia Pérez Piñero 4; Rev Cubana ObstetGinecol v.30 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2004; Caracterización de la gestante adolescente.

31. GruntoradFranco, German, et al, 2002, jun, Rev EC M, 7 (1): 85-93, La primipaternidad y el tiempo corto de cohabitación sexual, factores asociados al desarrollo de preeclampsia; Clínica del Bosque, Bogotá, Colombia.

32. Fernandini Jorge; Antonio Lima; Erasmo Huertas; 1998, "Resultados Obstétricos y Perinatales de las Gestantes Tempranas en el Instituto Materno Perinatal, de Enero a Diciembre de 1998"

33. Health Needs of Adolescents. WHO. 1997, Technical report. Serie 609, 9-10.

34. Drs. Juan Coyotupa Vega, Susana Gonzáles, Ricardo Zorrilla, Gustavo Gonzáles, Roger Guerra- García; Ginecología y Obstetricia - Vol. 37 N°11 - 1991; MENARQUÍA Y MENOPAUSIA EN LA ALTURA.

35. Hernández Valencia, Marcelino, et al, 2000, ago, GinecologObstetMex, 68(8): 333- 8, Los métodos de planificación familiar de barrera como factor de riesgo que predispone a la presencia de preeclampsia. México.

36. Sofía Rengifo-Venegas; Viviana Uribe-Godoy; Katherine Yporra-Quijandría; *Revméd panacea*. 2014; 4(1): 8-12.; Inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de Ica, 2014.
37. Hopkins LM, et al, 2005, aug, *Am J ObstetGynecol*, 193(2): 455- 9, Racial / ethnic differences in perineal, vaginal and cervical lacerations; University of California, San Francisco, USA.
38. Guzmán Vargas, César; 1997, *Salud Reproductiva de los Adolescentes*, Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología.
39. Jordán, Ernesto Ricardo, 1997, *ObstetGinecolLatinoam*, 55 (4): 242- 8, La desproporción pélvico-fetal: clínica y conducta.
40. Health Needs of Adolescents. WHO. 1997, Technical report. Serie 609, 9-10.
41. Kapil Ahmed, M, et al; 2005, feb, *Tropical Medicine and International Health*, 10 (2): 198- 205; Factors associated with adolescent abortion in a rural area of Bangladesh; Health and Demographic Surveillance System, Dhaka, Bangladesh.
42. Koichiro Shimoya, et al, 2000, oct, *Human Reproduction*, 15(10): 2234-40, Chorioamnionitis decreased incidence of respiratory distress syndrome by elevating fetal interleukin- 6 serum concentration; Faculty of Medicine, Osaka University, Osaka, Japan.
43. Levy A, et al, 2005, oct, *Eur J ObstetGynecolReprodBiol*, 122(2): 182- 6, Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery; Soroka University Medical Center, Israel.

44. Libertad, Martin Alfonso, Reyes Díaz, Zunilda; 2003, Rev Cubana Salud Pública, 29(2): 183- 87; Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud; Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba.
- 45.. Díaz A, Sanhueza R, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. RevChilObstetGinecol 2002; 67(6):481-487.
46. Magann EF, et al, 2005, apr, South Med J, 98 (4): 419- 22, postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors, School of Women and Infants Health, Australia.
47. Maida T, Angel, et al, 1996, RevSocChilObstetGinecollnfantAdolesc, 3 (1): 9- 12, Embarazo y Adolescencia. Cochabamba, Bolivia.
48. Meglic, A, et al, 2000, nov, PediatNephrol, 15 (1-2): 132- 3, Chlamydial infection of the urinary tract in children and adolescents with hematuria; University Medical Center Ljubljana, Slovenia.
49. MINSA, 1995, Documento: Análisis de la Situación de Salud del Perú.
50. Monterrosa, Alvaro; 1991, jul-sept, RevColombObstetGinecol, 42 (3): 199- 207, Incidencia de parto pre término y factores de riesgo; Hospital de Maternidad Rafael Calvo, Cartagena, Colombia.
51. Moreira Lam, Roxana, et al, 2002, Medicina (Guayaquil), 8(1): 42- 44, Estudio comparativo del uso de misoprostol vs oxitocina en inducción de parto en embarazo a término más Ruptura Prematura de Membranas; Ecuador.

52. Nahum GG, et al, 2004, apr, J Reprod Med, 49(4):297- 305, Hemoglobin, altitude and birth weight: does maternal anemia during pregnancy influence fetal growth?; Duke University Medical Center, North Carolina, USA.
53. Navega, Omar, et al, 2003, abr- jun, Bol Med Postgrado, 19(2): 78- 83, Efectividad de la terapia esteroidea pre-natal en neonatos menores de 34 semanas de edad gestacional. Venezuela.
54. O'Brien, K, et al, 2002, oct, J Reprod Med, 47 (10): 845- 8, Postpartum X-ray pelvimetry. Its use in calculating the fetal-pelvic index and predicting fetal-pelvic disproportion.
55. MINSA, 1995, Documento: Análisis de la Situación de Salud del Perú.
56. Olukoya, Peju, 2004, apri, African Journal of Reproductive Health, 8 (1):57-62; Reducing Maternal Mortality from unsafe abortion among adolescents in Africa; Medical officer / responsible officer FCH/ Adolescent sexual and Reproductive Health, World Health Organization, Switzerland.
57. Pieryna Mendoza Ponce; LA CONDUCTA REPRODUCTIVA DE LAS ADOLESCENTES ; disponible en <https://prezi.com/6albktkjbb13/la-conducta-reproductiva-de-las-adolescentes-es-un-tema-de-r/>
58. Parle- Mc Dermott, A., et al; 2005, oct, Obesity, Fitness & Wellness Week; pp 665; Molecular Human Reproduction; National Human Genome Research Institute, USA.

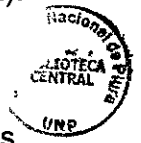
59. Parra BE, et al, 2005, jun, Biomédica, 25(2): 211- 9, Evaluación de la educación nutricional y un suplemento para prevenirla anemia durante la gestación; Universidad de Antioquia, Medellín.
60. Paulino LS, et al, 2005, dec, Nutr Rev, 63(12): 109- 15, Weekly iron-folic acid supplementation to improve iron status and prevent pregnancy anemia in Filipino women of reproductive age: the Philippine experience through government and private partnership; Philippina.
61. Phelps, Rachel H.;et al, 2001, Contraception, 64 :339- 343 ; Mifepristone abortion in minors ; Reproductive Health Program, University of Rochester, Rochester, N.Y., USA
62. Pilotti, Francisco; Camacho, Maria Claudia, 2003, apr, Social Protection Unit. Human Development Network. Paper de TheWorld Bank, Políticas y Programas de Juventud en América Latina y el Caribe: Contexto y Principales Características.
63. Pirela, Edith Luz; 1990, sept, MedFam(B. Aires), 2 (3): 18-7; Influencia de algunos factores psicosociales en la incidencia de hipertensión arterial inducida por el embarazo y amenaza de parto prematuro en adolescentes; Hospital General del Sur, Buenos Aires, Argentina.
64. Porozhanova, V, et al, 1993, AkushGinekol (Sofia), 32 (3): 10-3; the General circumstances of the problem of adolescent pregnancy and labor; Obstetrical Clinic, Medical University, Pleven, Bulgaria.
65. Ramos Zepeda, Rodolfo, et al, 2001, jul- sept, Rev Biomed (México), 12(3): 158- 165, Chlamydia Trachomatis infection in pregnant women with premature membrane rupture or premature delivery threat; México.

66. Rizk DE, et al, 2005, sept, IntUrogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 16(5): 395- 400, Determinants of the length of episiotomy or spontaneous posterior perineal lacerations during vaginal birth, Faculty of Medicine and Health Sciences, United Arab Emirates.
67. Rolrina Castellanos, Gerardo Rogelio, et al, 2001, Rev Cubana ObstetGinecol, 27 (1): 67- 9; Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en Matanzas; Hospital Gineco- Obstétrico, Provincial de Matanzas, Cuba.
68. Saftlas, et al, 2003, ago, Women's Health Weekly, pp 92, Preeclampsia en mujeres con antecedente de aborto. USA.
69. Dra. María Lorena Nolasco, Dra. Laura Judith Rodríguez, Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina - N° 156 – Abril 2006 Pág. 13-18; MORBILIDAD MATERNA EN GESTANTES ADOLESCENTES.
70. Iván Gómez, ramiro molina y Nimazamberlin; Federación Latinoamérica de Sociedades Obstetricia y Ginecología, FACTORES RELACIONADOS CON EL EMBARAZO Y LA MATERNIDAD EN MENORES DE 15 AÑOS EN LATINOAMERICA Y EL CARIBE.
71. Marcelina Castillo Venerio; FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN NICARAGUA: TENDENCIAS RASGOS EMERGENTES Y ORIENTACIONES DE POLÍTICA; pág. 33.
72. Drs. Angélica Díaz, Pablo Sanhueza R, Sra. Nicole Yaksic B; Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.6 Santiago 2002; RIESGOS OBSTETRICOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE: ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS.

73. Otterblad P, Cnattingius S, Haglund B: Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. Br J ObstetGynaecol 1999; 106(2): 116.

74. Peláez J: Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Ángel Maida y cols. RevSogia 1996; 3(1): 13-16.

75. César Hugo Guzmán Vargas; Evaluación comparativa de las complicaciones del embarazo, parto y post-parto de las gestantes adolescentes, tempranas y tardías, en el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), 2003-2004 ; pág. 11



ANEXOS

Universidad Nacional de Piura
Facultad de Medicina Humana



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**“ COMPLICACIONES CLÍNICO GINECOLÓGICAS MAS FRECUENTES
EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA II-2 .TUMBES,
ENERO A NOVIEMBRE 2014”**

HC N°

G: P:

Manifestaciones clínicas:

- ☐ Convulsiones: ()
- ☐ Escotomas y/o tinnitus ()
- ☐ Cefalea ()
- ☐ Epigastria ()
- ☐ Hiperreflexia ()
- ☐ Hipertensión ()
- ☐ Náuseas y vómitos ()
- ☐ ginecografía ()
- ☐ Perdida de líquido ()
- ☐ Fiebre ()
- ☐ Dolor abdominal ()

Estado civil:

- a) Casada
- b) Conviviente
- c) Soltera
- d) Divorciada
- e) Viuda

Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Trabajadora independiente
- c) Obrera
- d) Profesional
- e) estudiante

Nivel de instrucción:

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

Número de embarazos:

- a) Primigesta
- b) Segundigesta
- c) Tercigesta
- d) multigesta

Edad de embarazo:

- a) 13 años ()
- b) 14 años ()
- c) 15 años ()
- d) 16 años ()
- e) 17 años ()
- f) 18 años ()

Vivienda:

- Propia ()
- Alquilada ()
- De parientes ()

Edad Gestacional:

- a) < o igual a 22 semanas
- b) 23 a 28 semanas
- c) 29 a 32 semanas
- d) 33 a 36 semanas
- e) 37 a 41 semanas
- f) 42 a más semanas

Estación del año:

- a) Primavera
- b) Verano
- c) Otoño
- d) Invierno

Complicaciones:

a) Anemia:

Niveles de:

Hb:

Htco:

b) Trabajo de parto prolongado

c) Trastornos hipertensivos del embarazo

Especifique tipo:

d) desprendimiento prematuro de placenta

e) Amenaza de parto pre término

Edad gestacional:

f) Infección del tracto urinario

Alta:

Baja:

g) placenta previa

Edad gestacional al nacer:

h) Rotura prematura de membranas

Tiempo transcurrido desde la rotura:

I) Otras patologías

Aborto:

a) amenaza de aborto ()

b) inevitable ()

c) incompleto ()

d) retenido ()

e) completo ()

f) frustrado ()

g) en curso ()

ESTADO NUTRICIONAL

Adelgazada

Eutrófica

Sobrepeso

**IMC:****Edad de inicio de relaciones sexuales:****Edad de menarquia:****Enfermedades de transmisión sexual:**

Si ()

No ()

Especifique:

Antecedentes patológicos de la gestante:**Antecedentes familiares:****Nº de controles prenatales****Fecha de última regla:****Periodo intergenésico****Métodos anticonceptivos**